

de Kiem v.z.w.



UNIVERSITEIT GENT

Vakgroep Orthopedagogiek

DRUGVERSLAAFDE OUDERS MET JONGE KINDEREN

Concept- en methodiekontwikkeling voor opvoedingsondersteuning in een residentiële setting

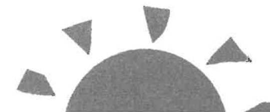
Ilse Derluyn (De Kiem)
Dirk Calle (De Kiem)
Wouter Vanderplasschen (Universiteit Gent)
Eric Broekaert (Universiteit Gent)

Colofon

Auteurs: Ilse Derluyn (De Kiem)
Dirk Calle (De Kiem)
Wouter Vanderplasschen (Universiteit Gent)
Eric Broekaert (Universiteit Gent)

Opdrachtgevers: VAD, E. Tollenaerestraat 15, 1020 Brussel
De Vlaamse Gemeenschap, Koolstraat 35, 1000 Brussel

In samenwerking met:



CKG Zonneheuvel
Kloosterstraat 40





DRUGVERSLAAFDE OUDERS MET JONGE KINDEREN

Concept- en methodiekontwikkeling voor opvoedingsondersteuning in een residentiële setting

Ilse Derluyn (De Kiem)
Dirk Calle (De Kiem)
Wouter Vanderplasschen (Universiteit Gent)
Eric Broekaert (Universiteit Gent)

2002

In opdracht van:

Inhoudstafel

WOORD VOORAF

Convenantwerking

In de periode 1999-2001 ontwikkelde VAD op basis van een convenant met de Vlaamse overheid, een aantal concepten en methodieken, waarbij zowel theorievorming als de ontwikkeling van nieuwe modellen voor nieuwe doelgroepen aan bod kwamen. Op die manier kon worden ingespeeld op een aantal maatschappelijke ontwikkelingen.

Druggebruikers met jonge kinderen

Bij de operationalisering van deze nieuwe concepten werd vanuit de sector zelf, geïnspireerd door een project met kinderen van alcoholisten, het voorstel gelanceerd om een project te ontwikkelen naar druggebruikers met jonge kinderen. Bedoeling was om de kennis terzake te bundelen en bruikbare werkvormen te ontwikkelen om de doelgroep 'druggebruikers met jonge kinderen' te ondersteunen.
De concept- en methodiekontwikkeling naar deze doelgroep werd opgesplitst in twee fasen: in een eerste fase werd een vooronderzoek uitgeschreven met een literatuurstudie en een verkenning van bestaande initiatieven en werkvormen in het hulpverleningsproces. Het rapport van dit vooronderzoek, dat door De Kiem werd gerealiseerd, is beschikbaar op VAD.

Op basis van de resultaten van de voorstudie werd in een tweede fase een pilootproject uitgeschreven, waarin de ontwikkeling en toepassing van één of meerdere werkvormen werden beoogd. Bij de beoordeling van de projecten werd gekozen om twee pilootprojecten in een verschillende setting uit te werken, met name in een residentiële en in een ambulante werkvorm.

De Kiem zorgde voor de invulling van een werkvorm om met ouders met jonge kinderen in een residentiële setting te werken. Het MSOC van Genk binnen de CAD Limburg werkte een ambulant programma uit.

In voorliggend draaiboek wordt de implementatie van opvoedingsondersteunende methodieken in een residentiële setting voor drugverslaafde ouders met jonge kinderen beschreven. Het is een lijvig draaiboek waarin zowel de achtergronden als het programma, de implementatie en de evaluatie uitgebreid worden beschreven. We hopen dat dit draaiboek inspirerend zal zijn voor andere hulpverleners en handvatten kan aanreiken om in de praktijk met deze doelgroep te gaan werken.

Marijs Geirnaert
directeur VAD

Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD)
E. Tollenaerestraat 15
1020 Brussel
Tel: 02-423.03.33
Fax: 02-423.03.34
e-mail: vad@vad.be
website: www.vad.be

INLEIDING

Het laatste decennium is er in het werkveld en in wetenschappelijk onderzoek een stijgende interesse voor de drugproblematiek van specifieke cliëntgroepen. Ook voor de doelgroep van drugverslaafde ouders met jonge kinderen komt steeds meer aandacht. Zo schreef de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) in het najaar van 2000 een **vooronderzoek** uit rond opvoedingsondersteuning voor drugverslaafde ouders met jonge kinderen (Derluyn, Vanderplasschen & Broekaert, 2000). In dit onderzoek werd een inventaris gemaakt van een aantal modellen[1] en opvoedingsondersteunende methodieken die gebruikt worden in de hulpverlening aan en ondersteuning van drugverslaafde ouders en hun kinderen.

Uit dit vooronderzoek groeide het huidige project, eveneens uitgeschreven en gefinancierd door de VAD Dit residentiële luik van het project werd toegewezen aan vzw De Kiem en aan de Vakgroep Orthopedagogiek van de Universiteit Gent, in samenwerking met het Centrum Kinderzorg en Gezinsondersteuning (CKG) Zonneheuvel te Zottegem.

Voorliggend project heeft de bedoeling om de concept- en methodiekontwikkeling voor pedagogische ondersteuning in een residentiële setting voor drugverslaafde ouders met kinderen te beschrijven en verder uit te bouwen. Hierbij kunnen twee belangrijke **doelstellingen** onderscheiden worden:

De eerste doelstelling was de implementatie van een opvoedingsondersteunende methodiek binnen de Tipi, een residentieel programma voor drugverslaafde moeders met jonge kinderen (0 tot 6 jaar) in therapeutische gemeenschap De Kiem (Oosterzele – België).
De Tipi bestaat sinds 1996 en biedt als enige voorziening in Vlaanderen residentiële hulpverlening aan drugverslaafde moeders en hun kinderen. De Tipi biedt momenteel plaats aan vier moeders en zes kinderen. De voorziening – die nauw verbonden is met de werking van de therapeutische gemeenschap – werd in de voorbije jaren op een aantal punten gewijzigd. Bovendien werd door het team steeds meer de nood ervaren om het aspect 'opvoedingsondersteuning' verder uit te werken.
Het vooronderzoek en het huidig project boden belangrijke kansen om het opvoedingsondersteunende programma verder uit te bouwen en te verdiepen. De keuze viel hierbij op '**video-interactiebegeleiding**', een methodiek die afgeleid is van 'videohometraining' en waarbij door middel van het opnemen en bespreken van video-opnames gewerkt wordt rond de basiscommunicatie tussen ouder en kind. Met het oog op de implementatie van deze methodiek volgden twee medewerkers van de Tipi een opleiding in Nederland en kreeg deze methodiek een vaste plaats in het programma.
Tenslotte was aan de implementatie ook een beperkte wetenschappelijke opvolging van deze methodiek verbonden[2].

De tweede doelstelling van dit project betreft de ontwikkeling van een **draaiboek** dat als leidraad kan dienen voor het opzetten van opvoedingsondersteuning binnen een residentiële setting voor drugverslaafde ouders met jonge kinderen[3]. Dit draaiboek wil een praktisch instrument zijn en een ondersteuningsmiddel voor residentiële

[1] Met modellen wordt verwezen naar een aantal residentiële en ambulante opvang- en ondersteuningswijzen voor deze doelgroep, zoals crisisopvang voor ouder en kind, ambulante begeleiding van de moeder, netwerkvorming tussen verschillende voorzieningen, residentiële opvang van het kind,….
[2] Deze evaluatie werd uitgevoerd door studenten uit de 3[de] licentie pedagogische wetenschappen – optie orthopedagogiek van de Universiteit Gent, met name door De Groote Isabel, De Saeger Kirsten, De Vylder Peggy, Noerens Veerle, Smet Diane en Verraes Annelies.
[3] Gezien 'opvoedingsondersteuning' de centrale focus van dit draaiboek vormt, komt het aspect 'verslavingszorg' in dit draaiboek minder aan bod en verwijzen we hiervoor naar de hierrond uitgewerkte literatuur en methodieken (o.a. Broekaert et al., 1996).

voorzieningen die hun werking willen aanpassen aan de noden van drugverslaafde ouders met jonge kinderen.

Om dit draaiboek uit te werken werden verschillende **elementen** samengebracht. De werking in de Tipi werd van dichtbij gevolgd: opvolgen van het implementatieproces van video-interactiebegeleiding, aanwezigheid bij verschillende opvoedingsondersteunende methodieken, de teamvergaderingen en informatiesessies en het bespreken van verschillende elementen uit de Tipi-werking met diverse betrokkenen.
Om deze informatie verder uit te diepen werd ook een aantal andere initiatieven bezocht. In Vlaanderen werden drie Centra Integrale Gezinszorg bezocht, twee moeder-kindvoorzieningen voor moeders met postnatale depressieve of psychotische stoornissen en een centrum voor ambulante begeleiding dat veel expertise heeft in het werken met video-hometraining. In Nederland (Paterswolde) werd een bezoek gebracht aan een residentiële voorziening voor drugverslaafde ouders met kinderen.
Tenslotte werd informatie verzameld omtrent opvoedingsondersteuning bij verschillende organisaties die op dit vlak over de nodige deskundigheid beschikken (bijvoorbeeld KOPP-cursussen, Bond van Grote en Jonge Gezinnen,…), werd een studiedag rond opvoedingsondersteuning in groepen bijgewoond (Rotterdam) en werd er overlegd met het ambulante luik van dit VAD-project.

Voorliggend draaiboek bestaat uit vier grote delen.
In het **eerste deel** wordt een typering van de doelgroep van drugverslaafde ouders met jonge kinderen gegeven als achtergrond bij het draaiboek.
Het **tweede deel** gaat in op aspecten van het theoretisch kader, het behandelingstraject, structurele aspecten van de voorziening, inhoudelijke en programma-elementen, de begeleiding van specifieke doelgroepen en het nazorgprogramma.
In het **derde deel** – dat eigenlijk als onderdeel van het tweede deel kan gezien worden – wordt ingegaan op de concrete implementatie van diverse opvoedingsondersteunende methodieken in een residentiële voorziening voor drugverslaafde ouders met jonge kinderen. Zowel methodieken voor individuele opvoedingsondersteuning als opvoedingsondersteuning in groepen krijgen hier een plaats.
Tenslotte krijgen kwaliteitsbewaking en de evaluatie van het project een plaats in het **vierde deel** van dit draaiboek.
Na elk hoofdstuk kan de lezer een korte samenvatting vinden van het voorgaande hoofdstuk.

We staan nog even stil bij de in dit draaiboek gehanteerde **terminologie**. Dit draaiboek richt zich op drugverslaafde *ouders*, hoewel het in de praktijk vaak gaat om moeders. In dit draaiboek wordt gekozen voor de term ‘ouder’, behalve waar het gaat om de concrete werking van de Tipi of bij de bespreking van specifieke elementen die eigen zijn aan het vrouw-zijn of aan het moederschap.

Het draaiboek richt zich op de doelgroep van drugverslaafde ouders met *jonge* kinderen. Het gaat hier concreet om kinderen tussen nul en zes jaar.

Wat bedoeld wordt met het begrip *opvoedingsondersteuning* komt aan bod in het derde deel van dit draaiboek.

We willen deze inleiding afronden met een speciaal woord van dank. Vooreerst willen we de moeders, de kinderen en de stafleden van de Tipi en ook alle andere bewoners en stafleden van De Kiem bedanken.
Daarnaast willen we een woord van dank richten tot alle voorzieningen die meegewerkt hebben aan de interviews en bezoeken of op een andere wijze informatie hebben verstrekt.
Een woord van dank ook aan de derde licentiestudenten orthopedagogiek van de Universiteit Gent die instonden voor de wetenschappelijke opvolging van de methodiek video-interactiebegeleiding.

Tenslotte willen we in het bijzonder de leden van de stuurgroep van het project danken, met name Dirk Vandevelde, Dirk Calle en Ilse Derluyn (De Kiem), Eric Broekaert en Wouter Vanderplasschen (Vakgroep Orthopedagogiek – Universiteit Gent), Mark Vindevoghel (CKG Zonneheuvel – Zottegem) en Marijs Geirnaert en Geert Verstuyf (VAD-Brussel).

DEEL 1

EEN TYPERING VAN DE DOELGROEP

INLEIDING

Deel 1 van dit draaiboek geeft een omschrijving van de doelgroep van drugverslaafde ouders met jonge kinderen. Om een residentiële voorziening voor drugverslaafde ouders met jonge kinderen uit te bouwen, is het immers belangrijk om een goed zicht te hebben op de eigenheid en specifieke kenmerken van deze doelgroep.

In hoofdstuk 1 geven we een aantal kenmerken van de doelgroep weer. Hierin focussen we op de vier belangrijke factoren, namelijk de ouder, het kind, de omgeving en de opvoeding. Gezien een bespreking van de ouder-, kind- en omgevingskenmerken reeds in het vooronderzoek uitgebreid aan bod kwam (Derluyn et al., 2000), focussen we in dit hoofdstuk voornamelijk op de specifieke *opvoedingssituatie* in deze gezinnen. Na de bespreking van de eigen kenmerken van deze gezinnen, brengen we deze verschillende kenmerken samen in relatie tot de component 'opvoeding'. We staan in dit hoofdstuk dan ook stil bij bepaalde elementen die een grote invloed kunnen hebben op de manier waarop uiteindelijk vorm wordt gegeven aan de opvoeding. Daarnaast staan we ook stil bij de invloeden van de opvoeding zelf op de manier waarop de ontwikkeling van het kind verloopt.

In hoofdstuk 2 brengen we deze verschillende kenmerken samen in één mogelijk model van de opvoeding en de opvoedingssituatie.

HOOFDSTUK 1:
KENMERKEN VAN DE DOELGROEP EN DE OPVOEDINGSSITUATIE

1.1 OUDER-, KIND- EN OMGEVINGSKENMERKEN

De verslavingsproblematiek van de **ouder** kan leiden tot psychische en fysieke afhankelijkheid, maar kan ook financiële, juridische en lichamelijke problemen met zich meebrengen.
Heel wat drugverslaafde vrouwen hebben in hun verleden trauma's meegemaakt (Cosden & Cortez-Ison, 1999) en er worden bij drugverslaafde vrouwen hoge percentages van seksueel misbruik aangegeven. Deze traumatische ervaringen kunnen leiden tot schuld- en schaamtegevoelens, een laag zelfbeeld, weinig zelfvertrouwen, psychische problemen en persoonlijkheidsstoornissen (Kroon et al., 2000). Bij drugverslaafde vrouwen komen bovendien vaak psychiatrische problemen voor (Powis et al., 2000; Volpicelli et al., 2000; Wilson, 1999).
Een aantal drugverslaafde ouders mist vaardigheden, doordat ze in de eigen opvoeding weinig kansen kregen om deze vaardigheden en kennis op te doen (Killeen & Brady, 2000). Ook specifiek naar de opvoeding en de ontwikkeling van een kind toe hebben ze vaak weinig kansen gehad om kennis en vaardigheden op te doen (Camp & Finkelstein, 1997) en ontbrak het hen vaak aan duidelijke en goede rolmodellen. Soms ontbreekt het hen aan een goede opleiding of adequate werkvaardigheden (Davis, 1990).

Kinderen van een drugverslaafde moeder kunnen na de geboorte ontwenningsverschijnselen vertonen doordat ze tijdens de zwangerschap werden blootgesteld aan heroïnegebruik van de moeder (Derluyn et al., 2000; N.O.O.D, 2000; Van Bouchaute, 1996).
Ook op latere leeftijd kunnen ze ontwikkelingsproblemen hebben (Derluyn et al., 2000), ten gevolge van het druggebruik van de moeder tijdens de zwangerschap en/of door de invloed van de omgeving waarin het kind opgroeit (Dawe et al., 2000; Derluyn et al., 2000).

Wat betreft de specifieke **omgevingskenmerken** van deze gezinnen, worden de *gezinnen* zelf vaak gekenmerkt door familiale conflicten, disfuncties en geweld (Nair et al., 1997); er is weinig familiale cohesie, een hoge stress (Kumpfer, 1987) en de gezinnen zijn minder georganiseerd en onderling minder betrokken (Sproet et al., 2001). Ruzies, geweld, wisselende partners en veelvuldig verhuizen komen regelmatig voor (ibid.).
Het *sociale netwerk* van deze gezinnen is vaak heel beperkt, waardoor het gezin in een sterk isolement kan terechtkomen en niet kan terugvallen op familie, vrienden, buren of op leeftijdgenoten van het kind (Johnson & Leff, 1999). Deze ouders zijn bovendien zelf meestal minder in staat om adequaat gebruik te maken van sociale ondersteuning (Black et al., 1993).
Vaak leven deze gezinnen in een precaire financiële toestand, waarbij er grote armoede is en een gebrek aan elementaire voorzieningen. Juridische problemen vergemakkelijken de sociale leefsituatie niet.

De contacten met diensten, voorzieningen en instanties vanuit de hulpverlening – het '*professionele netwerk'* van deze gezinnen – zijn ofwel heel beperkt vanuit de angst om gestigmatiseerd of veroordeeld te worden wanneer men de stap naar de hulpverlening zet (Derluyn et al., 2000), ofwel verlopen deze professionele ondersteuningsrelaties eerder moeilijk.

1.2 KENMERKEN VAN DE OPVOEDINGSSITUATIE

In de literatuur wordt vaak aangegeven dat drugverslaafde ouders tekorten vertonen in hun ouderschap en in hun interactiekwaliteiten en dat dus ook de vormgeving aan de opvoeding soms duidelijke gebreken vertoont[4]. In onderstaand deel willen we nagaan welke die mogelijke tekorten zijn. Uiteraard zijn de hier besproken elementen onderling sterk gerelateerd en kunnen ze niet los gezien worden van bovenstaande kenmerken van zowel ouder, kind als leefomgeving.

- **Levensstijl**

De levensstijl van een drugverslaafde ouder kan ervoor zorgen dat de beschikbaarheid van de ouder voor het kind heel discontinu is, wat kan betekenen dat het kind de ouder als **onbetrouwbaar** ervaart. Zo kunnen kinderen van een drugverslaafde ouder een **inconsistent** ouderschap beleven, waarbij ze de ouder uiteenlopend zien reageren naargelang die al dan niet onder invloed is van drugs (Leif, 1985).

Het **verwerven van drugs** kan een belangrijke en intensieve bezigheid zijn, waaraan niet alleen veel tijd wordt gespendeerd (Marcenko et al., 2000), maar waarbij ook vaak illegale en nachtelijke activiteiten nodig zijn. De tijd en aandacht die nodig zijn voor het verwerven van drugs kunnen de aandacht voor de opvoeding en voor het kind belemmeren (Greenleaf, 1989; Nair et al., 1997; Nardi, 1998). Het centrale element van een verslaving is immers de relatie met de drug, die in de plaats komt van een interpersoonlijke relatie als primaire relatie. Dit kan betekenen dat de relatie met de drug vóór de relatie met het kind komt (Nardi, 1998).
Bovendien gebeurt het soms dat geld dat eigenlijk aan het kind of aan spullen voor het kind moest besteed worden, uitgegeven wordt om drugs te kopen (Wasserman & Leventhal, 1991 in: Marcenko et al., 2000).
Tenslotte hebben deze ouders vaak een **slechte gezondheid**, waardoor ze minder energie overhouden voor de opvoeding van hun kind (Breddels, 1996; Marcenko et al., 2000).

- **Hechting**

Een aantal kinderen dat tijdens de zwangerschap werd blootgesteld aan heroïnegebruik van de moeder vertoont na de geboorte ontwenningsverschijnselen. Zo worden ouders reeds vlak na de geboorte geconfronteerd met moeilijk gedrag van een baby die veel huilt, onrustig is, geïrriteerd is, nood heeft aan frequente voedingen,… (Brady et al., 1994). Dit kan ertoe leiden dat het kind minder responsief, moeilijker troostbaar en moeilijker te knuffelen is. Moeders vinden het moeilijker om voor deze kinderen te zorgen, de zorg voor het kind is minder bevredigend en belonend en de ouders ervaren minder plezier en voldoening met betrekking tot hun kinderen (Burns et al., 1991). De behoeften van het kind – zeker waar het gaat om kinderen met bepaalde problemen – kunnen de **mogelijkheden** van de moeder om voor haar kind te zorgen overstijgen, wat haar nog meer een gevoel van falen geeft en de kans op afwending van haar kind vergroot (Nair et al., 1997).

Problemen bij het kind kunnen de **responsiviteit** van de moeder sterk beïnvloeden, temeer daar de moeder zelf soms heel onzeker is over haar ouderschapscompetenties of deels **ambivalent** staat tegenover het hebben van een kind (Deren, 1986; Nardi, 1998). De boodschappen die deze baby's uitsturen zijn vaak moeilijker te interpreteren en worden door de moeder gepercipieerd als **verwerping**, wat mede door het laag zelfbeeld van de moeder ertoe kan leiden dat zij zich erg incapabel voelt om te voldoen aan de noden van haar kind

[4] Voor een overzicht: zie Fineman et al. (1997).

(Pajulo et al., 1999). Dit brengt zo nog meer gevoelens van schuld, schaamte en falen met zich mee en zo voelen deze moeders zich inadequaat in hun diepste basisrol, die van het moederschap (Davis, 1990; Reder & Duncan, 1995). Bovendien heeft de moeder vanuit haar eigen geschiedenis vaak een onveilige representatie van gehechtheid opgebouwd, wat de interactiewijze van de ouder met het kind en het opbouwen van een band met het kind kan beïnvloeden (Juffer et al., 1995).

Een verminderde of meer negatieve responsiviteit van de ouder naar het kind toe kan de **hechting** tussen het kind en de ouder en de kwaliteit van de ouder-kindrelatie in negatieve zin beïnvloeden (Dawe et al., 2000). Voor het ontstaan van een veilige gehechtheid blijkt de sensitiviteit van de opvoeder voor signalen en behoeften van de baby een bepalende factor te zijn (Lambermon, 1993; van den Boom, 1994) en wordt de kwaliteit van de hechting tussen opvoeder(s) en kind voor een belangrijk deel bepaald door de kwaliteit van de interactie tussen hen (Ainsworth et al., 1978). Naarmate opvoeders meer sensitief-responsief reageren op het kind wordt een veilige hechting waarschijnlijker (Hellingman & Hermanns, 1991).

Diverse factoren (prenatale blootstelling aan druggebruik, ouderlijke en familiale factoren, gedrag van het kind, omgevingsfactoren) kunnen dus verhinderen dat er een sterke ouder-kindband tot stand komt en kunnen leiden tot een **onveilige** of gedesorganiseerde **hechting** bij het kind (Hawley et al., 1995). Volgens Kronstadt (1991) zou dit moeilijk ontwikkelen van een essentiële vertrouwens- en hechtingsband met een zorgdrager in de eerste levensmaanden het meest ernstige probleem vormen voor kinderen van drugverslaafde ouders. Veel kinderen van drugverslaafde ouders zouden dan ook onveilig of gedesorganiseerd gehecht zijn (Rodning et al., 1989, 1991). Uit onderzoek blijkt duidelijk dat onveilig gehechte kinderen op latere leeftijd minder goed functioneren in interpersoonlijke relaties en meer gedragsproblemen vertonen (van den Boom, 1994).

Naast deze moeilijkheden in het realiseren van een ouder-kindband en van een stevige hechting, kan een aantal kinderen helemaal geen band bouwen met de (natuurlijke) ouder(s) omdat ze uit huis **geplaatst** zijn. Dit kan ertoe leiden dat een kind vervreemd is van zijn ouder(s) en dat er weinig binding is tussen het kind en zijn natuurlijke ouder(s). Ook een korte uithuisplaatsing (bijvoorbeeld een opname in het ziekenhuis omwille van bijvoorbeeld ontwenningsproblemen) kan leiden tot gestoorde interactiepatronen tussen ouder en kind (Pajulo et al., 1999).

- **Communicatie- en interactiepatronen**

Uit onderzoek kan een aantal tendensen afgeleid worden met betrekking tot de specifieke communicatie- en interactiepatronen van drugverslaafde ouders ten aanzien van hun kind.
Drugverslaafde ouders zouden een minder **positief affect** en een minder sterke hechting met hun kinderen vertonen in vergelijking met niet-verslaafde ouders. Er zouden meer verstoringen zijn in de ouder-kindrelatie en vanuit de ouder zouden er minder emotionele **betrokkenheid,** minder contactbehoudend gedrag en minder **responsiviteit** zijn. Er zou meer verwerping en negeren zijn, minder reactie op hun onwelzijn en minder fysiek contact (Rodning et al., 1991). Drugverslaafde ouders zouden minder vaak reageren op het communicatieve gedrag van hun kind en minder bevestigend zijn over de sociale communicatie van het kind (Bernstein et al., 1984 in: Deren, 1986). Deze ouders zouden zelf ook minder contact nemen met hun kind (Burns et al., 1991). Belangrijk is om hier opnieuw te verwijzen naar de eigen familiale geschiedenis van de ouder waar ze zelf vaak weinig de kans kreeg om constructieve interactie- en communicatiepatronen te leren (Pajulo et al., 1999). Het **kind** zou bovendien zelf vaker gedesorganiseerd en vermijdend gedrag vertonen (Burns et al., 1991; Fitzgerald et al., 1990 in: Dawe et al., 2000; Goodman et al., 1999).

Hawley et al. (1995) stellen dat dit negeren van aandachtsvragend gedrag bij het kind door de ouder veroorzaakt kan worden door schuld- en **schaamtegevoelens** bij de ouder. Deze ouders hebben immers vaak onrealistische verwachtingen van hun kind en van de relatie met hun kind. Als ze ervaren dat de pogingen om contact te maken met het kind en om het kind te stimuleren falen, voelen ze zich opnieuw 'mislukken', worden de reeds aanwezige schaamte- en schuldgevoelens nog versterkt en laten ze het kind liever alleen dan nog verder de confrontatie te moeten aangaan (Kronstadt, 1991). Bovendien zouden drugverslaafde ouders het soms moeilijk hebben om het belang te leren van interactie met hun kind en zijn ze vaak onbekend met de psychologische noden van hun kind.

Drugverslaafde ouders zouden meer **negatieve bekrachtiging** gebruiken in hun ouderschapsgedrag, directiever en aversiever zijn en minder prosociaal gedrag vertonen (Bauman & Dougherty, 1983). Ze zouden ook hoog scoren op de factor '**autoritaire overbetrokkenheid**', wat verwijst naar een ouder die externe invloeden op haar ouderrol negeert en heel erg haar kind en zijn ontwikkeling probeert te controleren (Wellisch & Steinberg, 1980 in: Deren, 1986).

- **Loyaliteit**

Uit het contextueel denken van Boszormenyi-Nagy (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1998; Michielsen et al., 1999) worden enkele begrippen gehanteerd die kunnen weergeven welke processen zich onder meer afspelen binnen gezinnen waar één of beide ouders drugverslaafd zijn. We vermelden hier kort twee begrippen, namelijk loyaliteit en parentificatie.
Loyaliteit is een centraal begrip in het contextueel denkkader: ieder mens ontwikkelt doorheen zijn leven een aantal centrale loyaliteiten. De eerste en meest fundamentele loyaliteit is de loyaliteit van een kind naar zijn ouders toe, de zogenaamde 'verticale loyaliteit'. Deze verticale loyaliteit weerspiegelt de onbreekbare band tussen ouders en kinderen. Ook kinderen van (een) drugverslaafde ouder(s) ervaren deze loyaliteit ten aanzien van hun ouders. De vaak complexe opvoedingssituatie maakt het voor deze kinderen echter niet steeds gemakkelijk om deze loyaliteit te kunnen uiten; de ouder staat immers niet steeds open voor loyaliteitsuitingen van het kind. Deze loyaliteit kan er ook voor zorgen dat het kind de gezinssituatie voor de buitenwereld verbergt, zodat het alles alleen moet dragen ('don't tell, don't feel, don't trust') (Vanderplasschen et al., 2002). Bovendien kan deze loyaliteit ertoe leiden dat het kind met heel complexe en ambivalente gevoelens worstelt ten aanzien van de ouder(s): de kwaadheid die het kind voelt omwille van het druggebruik en alle hiermee verbonden problemen kan door de sterke loyaliteitsgevoelens immers niet geuit worden. Zo liggen haat en liefde vaak dicht bij elkaar, wat opnieuw schuldgevoelens kan veroorzaken (Hoet, 1999; Leopold & Steffan, 1997).

Met **parentificatie** wordt verwezen naar het feit dat kinderen binnen een gezin (een deel van) de ouderlijke rol opnemen. Er vindt dus een rolomkering plaats: een kind wordt tot ouder gemaakt en neemt daardoor meer verantwoordelijkheid op voor de relatie dan bij zijn leeftijd past. Geparentificeerde kinderen zijn buiten proportie verantwoordelijk en ontvangen hiervoor weinig of geen erkenning. Door dit gebrek aan erkenning blijven ze achter met een blijvend gevoel van in de schuld te staan. Hoewel het kind door zijn grote zorg voor het gezin terecht aanspraak kan maken op verdiensten, krijgt het daar geen enkel bewijs van. Het blijvend gevoel van in de schuld te staan, terwijl men in feite gerechtigd is, leidt ertoe dat deze kinderen 'destructieve gerechtigheid' ontwikkelen (Veldeman, 2000). Parentificatie zien we dikwijls terugkomen in gezinnen met een drugverslaafde ouder: gezien de ouder vele taken niet meer op zich neemt/kan nemen, worden deze overgenomen door het kind. Zo komt het kind sterk in de ouderrol te staan.

- **Verwaarlozing en mishandeling**

Doordat de aandacht van de ouder wordt benomen door de verslaving is er soms geen ruimte meer voor het kind, wat kan leiden tot **verwaarlozing**, zowel van de fysieke als van de psychische noden van het kind (Hawley et al., 1995). Uit divers onderzoek blijkt dat kinderen in gezinnen waar een ouder drugverslaafd is een vergroot risico lopen op mishandeling en/of misbruik (cf. Black et al., 1994; Hawley et al., 1995; Kelley, 1992; Murphy et al., 1991; Peterson et al., 1996; Williams-Petserson et al., 1994). Nederlands onderzoek maakt duidelijk dat ongeveer 1 op 3 kinderen van drugverslaafde ouders emotioneel verwaarloosd wordt en dat ongeveer 10% fysiek wordt mishandeld of seksueel misbruikt (Gunning, 1998).

- **Gebrek aan vaardigheden, discipline en structuur**

In de eigen voorgeschiedenis hebben deze ouders vaak te weinig **kennis** kunnen opdoen over de noden en de ontwikkeling van hun kind. Dit leidt er vooreerst toe dat aan bepaalde essentiële **behoeftes** van een kind (bijvoorbeeld de nood aan een vaste structuur en aan regelmaat) niet wordt tegemoet gekomen. Bovendien kan dit leiden tot **onrealistische verwachtingen** ten aanzien van het kind en ten aanzien van de relatie met hun kind. Zoals reeds aangegeven kunnen deze onrealistische verwachtingen bij de ouder leiden tot voortdurende frustraties en gevoelens van falen en tekortschieten (Nair et al., 1997). Dit kan ook resulteren in het opleggen van rigide en **strakke regels** aan het kind (Matthys, 2000), het overmatig controleren van het kind en negatieve omgangspatronen met het kind (Brady et al., 1994; Burns et al., 1991; Kronstadt, 1991).

Drugverslaafde ouders hebben het vaak moeilijk om te voorzien in een duidelijke en adequate **structuur** en **discipline** voor het kind, onder meer door de eigen chaotische levensstijl en het gebrek aan vaardigheden, kennis en eigen ervaringen met betrekking tot structuur, discipline en adequate bekrachtiging van gedrag van het kind. Het is voor deze ouders – die bijna volledig benomen worden door hun drugverslaving – dan ook vaak een moeilijke opgave om hun kind een **stabiele, stimulerende omgeving** te bieden (Goodman et al., 1999; Hawley et al., 1995). Ook de eigen schuld- en schaamtegevoelens bij de ouder kunnen ertoe leiden dat ze te weinig grenzen stelt aan haar kind, wat uiteindelijk leidt tot een nefaste **verwenning** van het kind.

Naast het gebrek aan kennis, missen deze ouders vaak een aantal heel **praktische vaardigheden**, zoals het aflezen van een thermometer, het geven van de juiste medicatie, het klaarmaken van voedzame maaltijden, het wassen van het kind,… (Howard, 1989; Howard & Kropenske, 1990; Zuckerman, 1991a, 1991b). Ook aan vaardigheden om adequaat de familie te ‘leiden’ kan het deze ouders ontbreken (Kumpfer, 1987).

- **Besluit**

Van Ijzendoorn et al. (1995) geven een aantal verstorende opvoedingsfactoren weer in gezinnen met een drugverslaafde ouder die volgens de theorie van Bowlby van belang zijn binnen het opvoedingsklimaat. Deze opsomming geeft een vrij goede samenvatting van de hierboven beschreven kenmerken van de opvoedingssituatie:

- *fysieke ontoegankelijkheid (separatie)*
- *psychische ontoegankelijkheid (geen sensitiviteit)*
- *dreiging met ontoegankelijkheid (emotionele chantage)*
- *omkering van de afhankelijkheidsrelatie*
- *instabiele opvoedingsarrangementen (te kort durende relaties met teveel verschillende personen)*

- *dwangmatige interactie, niet aansluitend bij de behoeften.*

Toch is het heel belangrijk om een **genuanceerd beeld** te houden over deze groep ouders. Het is dus helemaal niet zo dat àlle drugverslaafde ouders niet goed zorgen voor hun kind (Brady et al., 1994), dat bovenstaande elementen in elk gezin voorkomen waar één of beide ouders een drugprobleem heeft (Kettinger et al., 2000). Er zijn zeker ook gezinnen waar – ondanks het drugprobleem – wél adequate zorg wordt geboden aan het kind!

> *"The stereotyped image of the inadequate addict parent is not necessarily the true picture" (Leif, 1985, p. 89).*

1.3 SAMENHANG VAN DE KENMERKEN VAN DE DOELGROEP

- **Welke elementen beïnvloeden de opvoeding?**

Fineman et al. (1997) stellen dat drie grote categorieën kunnen aangeduid worden die de ouder-kindinteractie mediëren:

1. Persoonlijkheidsvariabelen van de ouder die samenhangen met druggebruik (*kenmerken van de ouder*).
2. Neurologische en fysiologische problemen bij het kind (*kenmerken van het kind*).
3. Het onbeschikbaar zijn van de ouder door het gebrek aan ondersteuning en hulpmiddelen (*kenmerken van de omgeving*).

Deze drie elementen worden hier besproken. In eerste instantie wordt een aantal meer algemene elementen aangehaald, die op zich niet specifiek zijn voor gezinnen met een *drugverslaafde* ouder. Daarna wordt de vertaling gemaakt naar de specifieke doelgroep van drugverslaafde ouders.

Kenmerken van de ouder

Diverse ouderkenmerken die van invloed kunnen zijn op de opvoeding kunnen worden aangegeven. Het **psychosociaal functioneren** en de psychologische problemen van de ouder zouden een belangrijke invloed hebben op de mogelijkheden van de ouder om een voedende, stimulerende en veilige omgeving voor het kind te creëren (Brady et al., 1994; Mathias, 1997). Volgens een andere studie (Juliana & Goodman, 1997) zou er zelfs een directe relatie bestaan tussen de **emotionele en cognitieve moeilijkheden** van de ouder en die van kinderen.

Uit divers onderzoek (Beckwith et al., 1999; Hans et al., 1999; Mallouh, 1996) blijkt dat **psychiatrische problemen** ertoe kunnen leiden dat het ouderschap moeilijker verloopt en bij een dubbele diagnose van verslaving en een psychiatrische problematiek zou er een verhoogd risico zijn op verwaarlozing van het kind (Mallouh, 1996). Vrouwen die kampen met een depressie hebben vaak moeite met het ouderschap (Downey & Coyne, 1990). Velen voelen zich immers heel inadequaat in hun rol als ouder en vinden het dan ook moeilijk om om te gaan met de verantwoordelijkheden van het ouderschap (Nair et al., 1997). Niet alleen zijn moeders die kampen met een depressie meestal minder in staat om om te gaan met ouderlijke verantwoordelijkheden, maar bovendien hebben kinderen van een depressieve moeder vaker emotionele en ontwikkelingsproblemen (Downey & Coyne, 1990). Heel ernstige psychiatrische problemen, zoals psychose en paranoïde stoornissen, een combinatie van verschillende psychiatrische problemen of chronische psychiatrische problemen kunnen het ouderschap – en op die manier de ontwikkeling van het kind – negatief beïnvloeden (Beckwith et al., 1999).

Uit divers onderzoek (Kettinger et al., 2000; Marcenko et al., 2000; Regan et al., 1987) blijkt dat ervaringen van vroeg **seksueel trauma** bij de moeder een negatieve impact kunnen hebben op haar ouderschap. Moeders die als kind trauma's beleefd hebben, kunnen moeite hebben om zelf een relatie op te bouwen met hun kinderen en vertonen disfunctioneel ouderlijk gedrag. Ervaringen van verwaarlozing, familiaal geweld en seksueel misbruik in de kindertijd kunnen leiden tot meer ouderlijke stress wanneer men zelf ouder is (Harmer et al., 1999). Kinderlijke trauma's kunnen ook onrechtstreeks een invloed hebben op het ouderschap doordat ze leiden tot psychische problemen bij de moeder, wat op zijn beurt het ouderschap negatief kan beïnvloeden (ibid.).

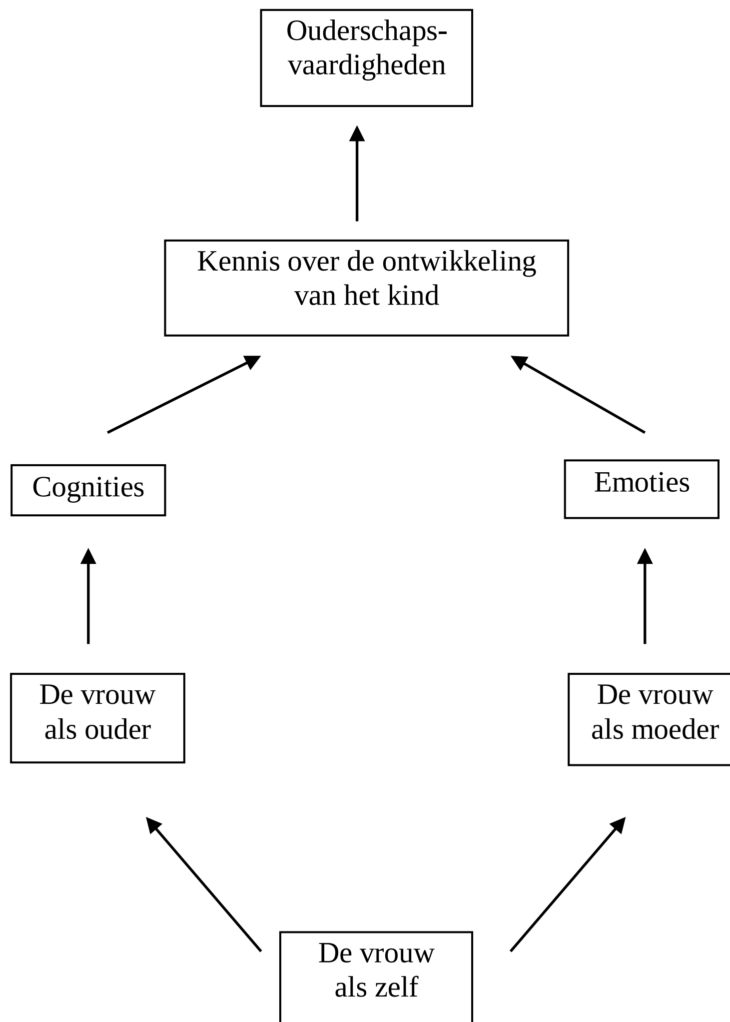
Aansluitend bij voorgaande bevindingen geven diverse auteurs ook aan dat een **laag zelfbeeld** bij de ouder een negatieve invloed kan hebben op de kwaliteit van de ouder-kindinteractie, op de kwaliteit van het ouderschap en zo ook kan leiden tot een minder adequate omgang met het kind (Camp & Finkelstein, 2000; Christensen et al., 1994; Kettinger et al., 2000).

Ouderlijke stress en gebrek aan sociale ondersteuning kunnen een belangrijke negatieve invloed hebben op de emotionele en gedragsontwikkeling van kinderen (Abidin & Brunner, 1995 in: Harmer et al., 1999; Nair et al., 1997). Bovendien worden irritatie en vijandschap ten aanzien van een kind sterk verhoogd onder invloed van hoge stress (Harmer et al., 1999). Vaak zijn ouders onder invloed van stress minder tolerant tegenover vragen van het kind of vinden ze het moeilijker om rustig te reageren op acting-out gedrag van het kind (Peterson et al., 1996), wat kan leiden tot meer acting-out bij het kind en tot meer ouderlijke stress…

Fineman et al. (2000) stellen dat vooral de **ik-ontwikkeling** van de moeder de grootste invloed heeft op de moederlijke sensitiviteit, meer dan de persoonlijkheid van de moeder, de ernst van de verslaving of haar levensgeschiedenis. Deze auteurs menen dat niet zozeer het druggebruik op zich een rol speelt, maar wel de psychologische factoren die ermee gerelateerd zijn. Ook andere auteurs (Davis, 1990; Nardi, 1998) stellen dat ouderschap wordt geleid door het **zelfconcept** van de ouder. Dit zelfconcept is volgens Davis (1990) een combinatie van eigen ervaringen als kind en huidige ervaringen met het opvoeden van kinderen. Daarnaast zijn ook de attitude van de ouder tegenover de noden van haar kind, haar frustratietolerantie en haar mogelijkheden om zich te binden aan het kind belangrijke elementen in het ontwikkelen van effectief ouderschap.

Uit bovenstaande beschrijving blijkt dat diverse elementen een rol spelen in de manier waarop de moeder vorm geeft aan de opvoeding van haar kind(eren). We willen hier een model bespreken om deze diverse factoren te kaderen, namelijk dat van **Peterson, Gable en Saldana** (1996) (cf. figuur 1). Uiteraard is dit slechts één mogelijk model, dat zich bovendien richt op *vrouwen*.

Figuur 1*: Multilevel conceptuel model of parenting (Peterson et al., 1996, p. 792)*



De pijlen in bovenstaand model wijzen niet op causale relaties, maar tonen de basiscomponenten die de componenten van hogere orde ondersteunen.

Op het hoogste niveau van complexiteit is een aantal **basisvaardigheden** van opvoeden vereist. Een ouder moet in staat zijn om positief gedrag te belonen en gewenst gedrag bij het kind te creëren, moet kunnen begrijpen en weten hoe effectief te negeren, een time-out te hanteren, differentiële bekrachtiging te gebruiken en allerlei andere manieren om negatief gedrag van het kind te verminderen.
Om deze ouderschapsvaardigheden voldoende te kunnen gebruiken in verschillende situaties is het nodig dat de ouder voldoende **kennis** heeft omtrent de **ontwikkeling** van het kind.

Specifieke constellaties van **cognities** en **emoties** vormen vaak de basis van verwachtingen die een ouder koestert ten aanzien van het kind die onaangepast zijn aan zijn ontwikkelingsleeftijd. Verkeerde cognities of negatieve emoties kunnen ertoe leiden dat de ouder verkeerde verwachtingen stelt, niet voldoende sensitief is voor de ontwikkelings-

mogelijkheden of –noden van het kind, minder geduld heeft met het kind, vlug gefrustreerd is omtrent de ‘onkunde’ van het kind, enzovoort.

Onderliggend aan de mogelijkheid en de neiging om cognities en emoties te construeren en te reconstrueren – iets wat noodzakelijk is om kennis te hebben over de kindontwikkeling en om opvoedingsvaardigheden adequaat aan te wenden – ligt een aanvaarding van twee opvoedingsrollen. Enerzijds is er de acceptatie van de rol als de verantwoordelijke partij die de lasten van kleden, voeden en beschermen van het kind op zich neemt (dit is de meer cognitieve rol van de ‘**vrouw als ouder**’). Tegelijkertijd is er de rol van de persoon die bemint, geniet en fysiek het kind voedt (dit is de meer affectieve rol, de ‘**vrouw als moeder**’). Beide rollen zijn noodzakelijk bij het opvoeden van een kind.

Om deze rollen te accepteren is een andere component noodzakelijk, namelijk het besef van de eigenwaarde (zelfwaarde), van de eigen effectiviteit (‘self-efficacy’) en de eigen noden. Als de noden van ‘het zelf’ niet zijn ingevuld, is het moeilijk om ook andere rollen te aanvaarden (de rol van de vrouw als ouder en als moeder). Een goed zelfgevoel en het kunnen invullen van de eigen noden zijn noodzakelijk om de andere rollen van ouder en moeder op te kunnen nemen.

Wanneer we de vertaling maken naar **drugverslaafde** ouders, zien we heel wat van de hier beschreven kenmerken bij deze ouders terugkeren: psychische en psychiatrische problemen, traumatische ervaringen, een laag zelfbeeld, weinig effectieve en efficiënte ouderschapsvaardigheden, weinig of onjuiste kennis omtrent de ontwikkeling en noden van een kind,….
Verwijzend naar het model van Peterson et al. (1996) zien we dat het voor deze ouders – onder meer omwille van hun verslaving of armoedige leefomstandigheden – vaak heel moeilijk is om hun rol als ouder op te nemen. Ook het opnemen van hun rol als moeder is vanuit de eigen traumatische levensgeschiedenis vaak niet evident. Bovendien hebben deze ouders zelden een effectief zelf(waarde)gevoel, ze halen hun eigen mogelijkheden naar beneden en hebben weinig gevoel van persoonlijke effectiviteit.

Dit alles geeft aan dat wanneer gesproken wordt over **opvoedingsondersteuning** het niet voldoende is om enkel te werken rond specifieke opvoedingsvaardigheden of het aanbieden van kennis, maar dat het van fundamenteel belang is om *ook* te werken rond onderliggende gevoelens, cognities, emoties en psychische problemen van de ouder.
Zo stellen Killeen & Brady (2000) dat de ernst van problemen bij de moeder in een directe relatie kan staan tot de ernst van problemen bij het kind. Als een ouder beter kan functioneren in zijn ouderrol, kan dit een grote impact hebben op het veranderen van disfunctioneel gedrag bij het kind, wat belangrijke implicaties kan hebben op de preventie van latere problemen, zoals drugverslaving en psychiatrische stoornissen bij het kind. Werken rond het eigen welbevinden van de ouder is dus een heel belangrijk element binnen opvoedingsondersteuning.

Kenmerken van het kind
Wat betreft de kindkenmerken die de opvoeding beïnvloeden, is er uiteraard de eigenheid van elk kind, het eigen karakter, de eigen mogelijkheden en beperkingen, zijn weerbaarheid,…
Naar kinderen van drugverslaafde ouders toe stelt Kelley (1992) dat het vooral de **combinatie** is van karakteristieken van de druggebruikende moeder en van het aan drugs blootgestelde kind die kan leiden tot risico’s op moeilijkheden gedurende de kritische periode voor hechting en die ook het risico op misbruik en verwaarlozing kan verhogen. Problemen die eigen zijn aan drugverslaafde vrouwen zetten hen voor meer risico’s op inadequaat ouderschap, terwijl op hetzelfde ogenblik karakteristieken van het aan drugs blootgestelde

kind speciale moeilijkheden veroorzaakt voor de moeder. Irritatie bij het kind kan de moeder-kindinteractie en zo de hechting sterk negatief beïnvloeden; een hoge irritatie bij het kind leidt immers tot minder moederlijke betrokkenheid (van den Boom, 1994) (cf. supra).

Kenmerken van de omgeving

Tenslotte kunnen ook omgevingskenmerken een belangrijke invloed hebben op de ouder(s). Onderzoek toont aan dat er een positief verband bestaat tussen enerzijds de hoeveelheid sociale ondersteuning die de ouder ervaart vanuit de omgeving en anderzijds haar responsiviteit in de relatie met haar kind, haar gedrag als ouder, de mate van positieve affectie, de houding ten aanzien van het kind en de veiligheid van de ouder-kindhechting (Crockenberg, 1981; Hermanns, 1992; Lambert, 1998). Er bestaat ook een negatief verband tussen de hoeveelheid stress in het leven van de ouder en de responsiviteit in de relatie met haar kind (Hellingman & Hermanns, 1991). Sociale ondersteuning kan de negatieve invloed van stressvolle levensgebeurtenissen tegengaan of de ouder ondersteunen om beter om te gaan met stress (Harmer et al., 1999). Uit onderzoek blijkt dat er een positieve samenhang is tussen een voldoende ondersteunend sociaal netwerk, het opvoedingsklimaat in het gezin en de ontwikkeling en het welbevinden van de kinderen (Vandemeulebroecke, 2000). De steun van een sociaal netwerk en van 'belangrijke anderen' werkt als een beschermende factor, die een tegengewicht kan bieden wanneer opvoedingssituaties moeilijk verlopen. Andere omgevings- en gezinsfactoren zoals echtscheiding, veelvuldig verhuizen, werkloosheid, slechte materiële omstandigheden, geweld in het gezin,… blijken de opvoedingsstijl negatiever en strenger te maken (Voets, 2000). Daarbij kan het al dan niet krijgen van ondersteuning vanuit de professionele hulpverlening een belangrijke invloed hebben op de opvoeding(ssituatie), de ouder en het kind.
Tenslotte is het belangrijk om te benadrukken dat opvoeding niet in een vacuüm plaatsvindt, maar te maken heeft met de samenleving en met de maatschappelijke en culturele context waarin een gezin leeft (Vandemeulebroecke, 2001). In die zin kan opvoeding nooit als een neutraal gegeven gezien worden en mag binnen het kijken naar opvoeding en bij de vormgeving aan opvoedingsondersteuning de relatie met de omgeving en de samenleving niet uit het oog verloren worden (ibid.).

Toegepast op gezinnen met een **drugverslaafde ouder** gaven we reeds aan dat deze vaak weinig stabiel zijn en dat deze gezinnen ook vaak niet beschikken over een accuraat ondersteunend sociaal en/of professioneel netwerk.

Besluit

Het is belangrijk om nogmaals te benadrukken dat er binnen de groep van drugverslaafde ouders heel wat verschillen zijn in de manier waarop deze ouders zorg dragen voor hun kind (Rodning et al., 1991). Het is dus zeker niet zo dat deze ouders minder van hun kind houden en minder belang hechten aan hun ouderrol. Het grote belang dat ze zelf meestal hechten aan die ouderrol en aan de opvoeding kan hen zelfs schuldgevoelens geven, zeker indien ze ervaren (of menen te ervaren) dat ze hun ouderrol niet voldoende kunnen vervullen (Baker & Carson, 1999; Kearney et al., 1994).

We kunnen besluiten dat diverse factoren, zowel bij de ouder, het kind als in de omgeving, de manier waarop opvoeding binnen een gezin vorm krijgt beïnvloeden. Wanneer de opvoeding moeilijk loopt, gaat het dan ook om de negatieve effecten van meervoudige stressoren op het ouderschap (Camp & Finkelstein, 1997). Bovendien kunnen deze ouders vaak moeilijk omgaan met deze meervoudige stressoren door een gebrek aan adequate copingvaardigheden (Davis, 1990).

Marcenko et al. (2000) stellen dat de ouderschapsattitudes van druggebruikende ouders wellicht niet verschillen van de attitudes van niet-gebruikende ouders in gelijkaardige levensomstandigheden. 'Verslaving' wordt op zich dan ook zelden aangeduid als een rechtstreeks beïnvloedende factor op het ouderschap.

- **Welke opvoedingselementen beïnvloeden de ontwikkeling van het kind?**

Uit heel wat onderzoek blijkt dat de ontwikkeling van het kind sterk beïnvloed wordt door de opvoeding en de opvoedingssituatie. In de literatuur worden verschillende opvoedingselementen aangegeven die van doorslaggevend belang kunnen zijn voor de ontwikkeling van het kind.

De mate waarin het kind zich hecht aan de ouder en het soort **hechting** dat ontstaat zouden een belangrijke invloed hebben op de latere ontwikkeling van het kind, met name op zijn psychologische en (socio-)emotionele ontwikkeling (Lawrence, 1983 in: Lambert, 1998; Matthys, 2000). Zo stelt Ainsworth (1978) dat emotionele hechting de hoeksteen is van de mogelijkheden van het kind om in zijn later leven interpersoonlijke relaties te ontwikkelen. Een onveilige hechting op de leeftijd van één jaar zou gerelateerd zijn aan een slechte socio-emotionele ontwikkeling in de latere peuterjaren (Sroufe et al., 1983 in: Hawley et al., 1995). Veilig gehechte kinderen zouden betere ontwikkelingskansen hebben dan onveilig gehechte kinderen (Hermanns, 1992).

Verschillende onderzoeken (Dawe et al., 2000; Dobkin et al., 1997; Emery et al., 1992; Masten & Coatsworth, 1998; Pajulo et al., 1999) geven aan dat – hoewel diverse factoren kunnen samenhangen met minder goed ouderschap en in die zin dus met een moeilijke ontwikkeling van het kind – het vooral de kwaliteit van de **ouder-kindrelatie** is die de effecten van de meeste andere risicofactoren op de ontwikkeling van het kind lijkt te bepalen. Zo zou de eerste ouder-kindrelatie het fundament vormen voor de ontwikkelingservaringen van een kind (Fineman et al., 1997) en zou de kwaliteit van deze 'speciale relaties' een voorspellende waarde hebben voor het slagen van het kind in latere ontwikkelingstaken, zoals betere probleemoplossing en relaties met leeftijdsgenoten (Masten & Coatsworth, 1998). Verschillende studies (cf. Dishion & Andrews, 1995) hebben aangetoond dat negatieve uitwisselingen tussen ouder en kind antisociaal gedrag bij het kind en delinquent gedrag en druggebruik in de adolescentie voorspellen.

Een derde belangrijke opvoedingsfactor is de **omgeving** waarin het kind opgroeit. Volgens Wachs en Gruen (1982 in: Nair et al., 1997) zou een stabiele en voedende omgeving cruciaal zijn voor de ontwikkeling van een gezond en emotioneel veilig kind.
Johnson et al. (1990) stellen dat vooral de aanwezigheid van **responsieve en veilige zorg** determinerend is voor de mate waarin het kind zich goed of minder goed ontwikkelt.

> *"The factors distinguishing resilient children from their less successful cohorts were not medical. Consequently, it is essential to consider the interaction of environment and family characteristics with the needs of the drug-exposed child. For it is this interaction, rather than the initial exposure itself, that determines long-term developmental course. Our findings indicate that the significance of prenatal drug exposure as a risk factor is best understood within the context of the child's caretaking environment" (Johnson et al., 1990, p. 537).*

Tijdens de peuterleeftijd experimenteert het kind met afstand, nabijheid en verwijdering van de ouders. Een gevoel van **veiligheid** is dan ook essentieel om die afstand te kunnen nemen en een eigen identiteit te kunnen ontwikkelen (Matthys, 2000).

Catalano et al. (1997) stellen als risicofactoren voor het ontwikkelen van later druggebruik bij een kind van drugverslaafde ouders onder meer het gebrek aan **vaardigheden** om het gezin te leiden, **familiale conflicten** en ouderlijke attitudes die druggebruik aanmoedigen.

De hechting van het kind aan zijn moeder, de moeder-kindrelatie, de kwaliteit van de gezinsrelaties en de aanwezigheid van een stabiele, zorgbiedende omgeving zijn dus de meest **doorslaggevende aspecten** van de opvoedingssituatie op de ontwikkeling van het kind.

Ondanks de wellicht grote invloed van de opvoeding op de uiteindelijke ontwikkeling van het kind is het ook belangrijk om een **genuanceerd beeld** te schetsen. Niet alle kinderen die opgroeien met een drugverslaafde ouder hebben gedrags- of ontwikkelingsproblemen. En ook wanneer in de opvoedingssituatie één of meerdere risicofactoren aanwezig zijn, betekent dit niet onmiddellijk dat het kind een moeilijker ontwikkeling zal kennen. **Beschermende factoren** bij het kind, in de opvoedingssituatie of in de omgeving kunnen er immers voor zorgen dat het kind zich alsnog goed ontwikkelt. Heel wat kinderen vertonen immers een opmerkelijk ontwikkelingsherstel nadat ze aanvankelijk grote problemen hebben gehad. De veerkracht ('resilience') van deze kinderen wordt toegeschreven aan individuele kenmerken (bijvoorbeeld persoonlijkheid, zelfbeeld, eigenschappen als alertheid, responsiviteit, verantwoordelijkheid en autonomie) en eigenschappen uit de omgeving (bijvoorbeeld familierituelen, positieve rolmodellen, steun van de naaste omgeving, uitgebreide vriendengroep) (Masten & Coatsworth, 1998). Wolin & Wolin (1995) spreken over 7 vormen van veerkracht: inzicht in de verslaving van de ouders, onafhankelijkheid tegenover het gezin, intieme en bevredigende relaties, initiatief nemen, creativiteit, humor en moraliteit. Andere beschermende factoren zijn onder meer een goede hechting, warmte tussen ouder en kind, ouderlijke ondersteuning van de competenties van het kind, een positieve interactie en communicatie tussen ouder en kind,….
Tenslotte moet rekening gehouden worden met het feit dat niet het objectief meetbaar gedrag van de ouders of de aanwezigheid van een potentiële risicofactor bepaalt of kinderen ontwikkelingsproblemen zullen ervaren, dan wel hoe het kind de eigen situatie subjectief aanvoelt en hoe het ermee omgaat. Immers, de eigen creatieve inbreng van het kind in zijn ontwikkeling valt niet te minimaliseren (Scarr, 1992).

Uit bovenstaande bespreking is alvast duidelijk geworden dat een 'goede' opvoeding zal afhangen van zowel ouder-, kind- als omgevingskenmerken (Masten & Coatsworth, 1998).

> *"Elk kind brengt zijn eigen temperament, veerkracht en handicaps mee. Gezinfases en andere relaties dan die met de primaire hechtingsfiguur, binnen en buiten het gezin spelen een rol evenals de jeugdervaringen van de opvoeders. En naast de hechting, die gericht is op veiligheid, spelen vele andere factoren een rol voor de relationele ontwikkeling" (de Vriese, 2000).*

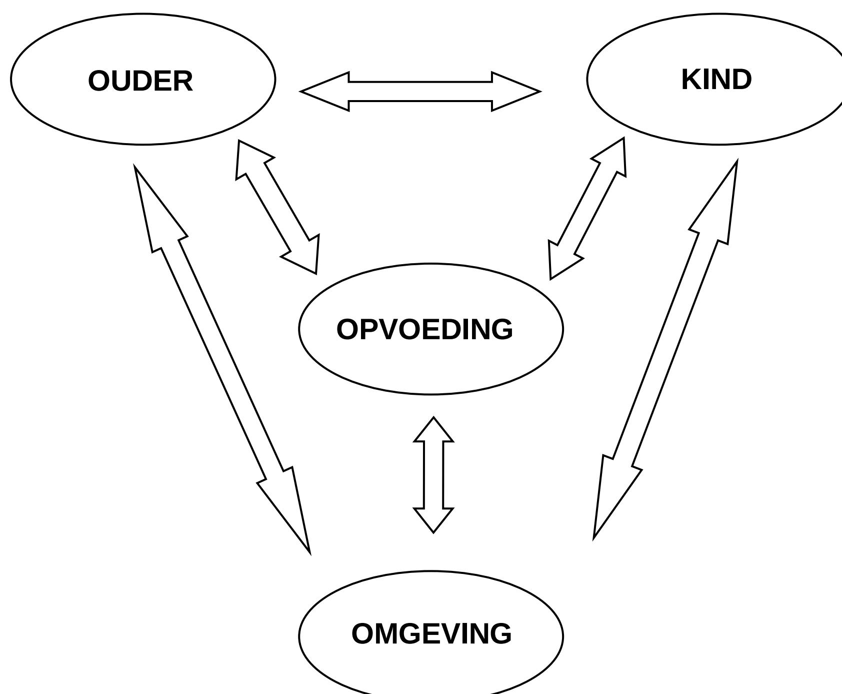
Interventies die focussen op ouderschap moeten dan ook rekening houden met deze complexiteit.

HOOFDSTUK 2:
EEN MODEL VAN DE OPVOEDINGSSITUATIE

In dit hoofdstuk brengen we de verschillende elementen zoals die in het eerste hoofdstuk beschreven zijn in één model (cf. figuur 2). Wanneer we spreken over drugverslaafde ouders verwijzen we immers naar een complex systeem waarbij verschillende actoren met een specifieke eigenheid – ouder, kind, omgeving en de opvoeding zelf – elkaar onderling sterk beïnvloeden. We gaan uit van een **holistische visie**. Het holisme suggereert immers dat er een wederzijdse afhankelijkheid en invloed bestaat tussen alle componenten van complexe systemen (zoals families).

Hoe een kind wordt opgevoed in een gezin waar een ouder drugverslaafd is, hangt dus af van verschillende factoren, wat uiteraard belangrijke implicaties heeft voor het opzetten van opvoedingsondersteuning in deze gezinnen. Bovendien wordt de ontwikkeling van een kind niet alleen bepaald door de opvoedingssituatie waarin hij opgroeit, ook andere elementen kunnen een doorslaggevende rol spelen. Dit betekent dat problemen in de ontwikkeling van het kind niet uitsluitend kunnen 'opgelost' worden door het ouderschap zelf te beïnvloeden, maar dat ook andere beïnvloedende factoren, zoals kenmerken van het kind, de omgeving, de ouder,… mee betrokken moeten worden (Emery et al., 1992). Uiteraard kunnen in dit model niet alle verschillende elementen van de vier factoren worden weergeven.

<u>Figuur 2</u>: *Een model van opvoeding*



Om het model overzichtelijk te houden, worden de verschillende kenmerken en problemen die in hoofdstuk 1 besproken werden hier niet mee opgenomen. Toch is het zinvol om die ook hier mee voor ogen te houden; het geheel van dit model – met de verschillende kenmerken van de vier factoren dus – biedt immers een duidelijk en helder vertrekpunt om

de doelstellingen van de behandeling aan vast te knopen en de behandeling vorm te geven. De diverse factoren van dit model – ouder, kind, omgeving en opvoeding – zullen dus verder in dit draaiboek telkens opnieuw naar voor komen, waarbij de onderlinge afhankelijkheid tussen deze verschillende factoren niet uit het oog mag verloren worden.

Als illustratie van dit model en van de onderlinge samenhang tussen de verschillende factoren van dit model beschrijven we hier een fictieve **casus** van een drugverslaafde moeder met twee jonge kinderen.

Een casus
Liesbet groeide op in een gezin waar de relatie tussen haar ouders moeilijk liep. Haar ouders, Lea en John, huwden onder druk van de ouders van John omdat Lea zwanger was van Liesbet. Dat Liesbet in feite ongewenst was en bovendien ook de oorzaak zou zijn van de huwelijksproblemen van haar ouders, kreeg Liesbet in haar jeugd vaak te horen. Haar moeder had bovendien vaak langdurige periodes van depressiviteit, waardoor ze verschillende malen voor enkele maanden werd opgenomen. Op die momenten nam grootmoeder langs moeders kant de zorg op voor Liesbet. Deze periodes zijn voor Liesbet de fijnste uit haar jeugd geweest.
Toen Liesbet 14 was, besloten haar ouders te scheiden. Grootmoeder was een paar maanden daarvoor overleden en Liesbet ging inwonen bij haar moeder, die reeds na enkele maanden een nieuwe partner in huis nam. Door deze partner werd Liesbet herhaaldelijk fysiek en psychisch mishandeld. Wellicht was er ook seksueel misbruik, maar dat heeft Liesbet nog nooit expliciet ter sprake gebracht.

Op 16-jarige leeftijd verliet Liesbet het huis van haar moeder, verbrak alle contact met hen en ging alleen wonen. Kort daarna leerde ze een vriend kennen, waarmee ze drugs begon te gebruiken. Eerst was dit voornamelijk cannabis- en XTC-gebruik, later gebruikte ze ook cocaïne (intraveneus). Intussen stopte ze ook met school en leefde van kleine diefstallen.
Toen ze pas haar 17de verjaardag gevierd had, ontdekte Liesbet dat ze zwanger was – wellicht van haar vriend.
Onmiddellijk nadat ze haar zwangerschap ontdekte (ze was toen al vier maanden zwanger) stopte Liesbet met alle gebruik. Ze ging in begeleiding bij een ambulant centrum voor druggebruikers waar haar zwangerschap ook medisch werd opgevolgd. Hoewel ze vrij vlug besloot haar kind te houden, bleef ze heel ambivalent staan tegenover haar zwangerschap. Enerzijds was ze wel blij, maar ze had ook veel schrik over hoe het nu verder moest met haar én met het kind… Diep in haar leefde ook de wens nooit zwanger te zijn geworden…
Na de geboorte van haar kind, Lotte, werd vrijwel onmiddellijk de jeugdrechtbank ingeschakeld die sterke voorwaarden oplegde om het kind bij zich te houden: alle contact verbreken met haar vroegere vrienden, verder in begeleiding blijven bij de drughulpverlening, ondersteuning door de begeleidingsdienst van het Centrum voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning (CKG) en door Kind en Gezin en afwerken van de studies via een deeltijds leercontract.
Liesbet had het niet gemakkelijk om voor Lotte te zorgen: allerlei praktische zaken verliepen moeilijk, heel vaak moest ze het alleen zien te klaren, want er was niemand anders die het even overnam en ook in haar hoofd bleef ze worstelen met haar nieuwe rol als ouder en twijfelen of ze het ooit wel beter zou doen dan haar eigen moeder…
Een toevallige ontmoeting met de vader van Lotte deed Liesbet terugvallen in gebruik, waarop de Jeugdrechtbank onmiddellijk ingreep en Lotte in het CKG plaatste.
Liesbet ging in de maanden die volgden steeds minder op bezoek bij Lotte: de confrontatie met haar dochter en zo met haar eigen falen als moeder viel haar veel te zwaar en versterkte nog haar middelengebruik. Na enkele maanden werd Lotte in een pleeggezin geplaatst.

Op 25-jarige leeftijd ontdekte Liesbet voor de tweede maal dat ze zwanger was. Op dat moment gebruikte Liesbet reeds gedurende een tweetal jaar dagelijks heroïne. Toch was de ontdekking van de zwangerschap voor haar een stimulans om opnieuw naar de

ambulante drughulpverlening te stappen, waar ze haar heroïnegebruik stopte en overschakelde op methadon.
Haar kind, Elien, werd geboren met ernstige ontwenningsverschijnselen. Ondanks de intense medische begeleiding was dit voor Liesbet een bijzonder moeilijke confrontatie.
Opnieuw kwam de Jeugdrechtbank tussenbeide. In overleg met hen besliste Liesbet om haar drugverslaving aan te pakken. Ze wilde Elien niet verliezen, zodat ze koos voor een opname in een ouder-kindvoorziening binnen de residentiële drughulpverlening.
Liesbet en Elien zijn nu reeds drie maanden in de voorziening. Steeds meer komen moeilijke ervaringen uit het verleden naar boven. Naarmate Liesbet haar gevoelens hierrond meer toelaat, krijgt ze het steeds moeilijker om de zorg voor Elien te dragen: schuldgevoelens omtrent de problemen die ze Elien gaf, twijfels omtrent haar eigen kunnen, schuldgevoelens ten aanzien van Lotte voor wie ze de zorg nooit heeft opgenomen maken dat zij minder en minder de zorg voor Elien opneemt. Bovendien is Elien een meisje dat heel wat bijkomende zorg vraagt: op verschillende vlakken (o.a. motorisch en cognitief) werd een vertraagde ontwikkeling vastgesteld, zodat extra stimulering noodzakelijk is. Elien lijkt bovendien soms nogal 'verwend' en probeert haar moeder te overhalen door driftbuien of langdurig huilen.
Op het moment dat er steeds minder interactie is tussen moeder en dochter, komt Liesbets eigen moeder, Lea, op bezoek in de voorziening. Het gesprek verloopt bijzonder moeilijk: verwijten vliegen heen en weer… De begeleiding vreest dat dit de druppel zal zijn voor Liesbet…

Liesbet is niet alleen ontredderd door het gesprek zelf, maar ze vindt dat ze eigenlijk mislukt is tegenover haar beide dochters: tot tweemaal toe slaagde ze er niet in om het beter te doen dan haar eigen moeder en heeft ze de zorg voor haar kinderen niet opgenomen… Ze slaagt er niet in een perfecte moeder te zijn en loopt dus weg uit de voorziening en van haar dochter…

Liesbet hervalt in gebruik en gedurende drie maanden vermijdt ze ook alle contact met Elien die nu in het CKG verblijft. Na drie maanden wordt Liesbet na een ernstige zelfmoordpoging gedwongen opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis; er wordt een beginnende psychotische decompensatie en een ernstige depressie vastgesteld.
De begeleiding van de afdeling van het psychiatrisch ziekenhuis neemt contact op met het CKG en met de residentiële ouder-kindvoorziening. Na herhaaldelijke gesprekken wordt besloten dat Liesbet terug naar de ouder-kindvoorziening kan komen, waarbij Elien op bepaalde momenten bij haar kan zijn. Stilaan wordt het aantal bezoekmomenten verhoogd en wordt de duur van deze bezoeken verlengd, tot Elien weer volledig bij haar moeder komt wonen. Er volgen nog vele moeilijke momenten: Liesbet moet haar verleden doorwerken, Elien 'stelt' zich vaak ten aanzien van de autoriteit van haar moeder (die zelf moeilijk 'nee' kan zeggen en overbeschermend is naar haar dochter toe) en ook het contact met haar ouders – Liesbet wilde het contact met beide ouders terug opnemen – loopt niet steeds gemakkelijk. Toch blijven moeder en dochter samen in het programma en na anderhalf jaar in de voorziening gaan ze zelfstandig wonen. Lotte blijft in het pleeggezin, maar komt regelmatig op bezoek bij haar moeder en zus.

We willen bij dit model tot slot ook nog enkele **bedenkingen** geven:

Vooreerst is het opvallend dat de ouderkenmerken een stuk gemakkelijker aan te geven en af te lijnen zijn dan de elementen van de andere factoren. Er kunnen ook vrij veel ouderkenmerken aangegeven worden. Het lijkt bijna alsof bijna alle drugverslaafde ouders dezelfde problemen hebben en de ouderkenmerken lijken ook voornamelijk 'problemen' te zijn. De kindkenmerken daarentegen kunnen minder echt 'beschreven' worden, ze zijn veel minder afgelijnd, minder 'universeel' als het ware en zijn precies meer individueel bepaald.

Dit weerspiegelt zich ook in de interventies die in volgend deel beschreven worden: waar het gaat om de ondersteuning van de ouder worden heel concrete en duidelijke *interventies*

beschreven. Waar het gaat om de ondersteuning van het kind wordt de nadruk echter veeleer op *observatie* gelegd en niet zozeer op interventies; bovendien komt veel meer naar voor dat de interventies ‘op maat’ van elk individueel kind moeten zijn.

Wat de factor opvoeding betreft, blijft dit helemaal vrij vaag: Wat is ‘opvoeding’? Welke zijn essentiële componenten van opvoeding? We komen hierop terug in hoofdstuk 3.

Wat in dit model in elk geval ontbreekt is het gegeven dat kinderen en ouders nog aan allerlei andere sociale contexten participeren dan deze die worden aangegeven (bijvoorbeeld kinderdagverblijf, school, vriendengroepen, sport- en hobbyclubs, oudergroep, enzovoort). Ook de interacties, zowel tussen ouders en kinderen onderling als tussen begeleiders en ouders en kinderen binnen de residentiële voorziening ontbreken in dit model.

DEEL 2

DRAAIBOEK VOOR HET OPZETTEN VAN EEN RESIDENTIËLE SETTING VOOR DRUGVERSLAAFDE OUDERS MET JONGE KINDEREN

Inleiding

Deel 2 geeft een beschrijving van een residentiële setting voor drugverslaafde ouders met jonge kinderen. Algemeen is het wel belangrijk om voor ogen te houden dat – naast gegevens vanuit de literatuur en vanuit bezoeken aan andere centra – dit draaiboek geschreven is vanuit de Tipi, de residentiële voorziening voor drugverslaafde ouders met jonge kinderen van therapeutische gemeenschap de Kiem (Oosterzele).

In hoofdstuk 3 staan we stil bij de noodzaak aan een theoretisch kader als basis voor de uitbouw van de voorziening en van het programma. Hier is er aandacht voor de visie op verslaving en opvoeding, de missie van de voorziening en het agogisch en pedagogisch concept. Daarnaast wordt er aandacht besteed aan mogelijke doelstellingen van een residentieel ouder-kindprogramma.

In hoofdstuk 4 geven we een beschrijving van de verschillende stappen en fasen die een ouder met haar kind doorloopt vanaf de verwijzing naar de voorziening tot en met de beëindiging van het programma. Uiteraard is dit een ideaaltypische beschrijving en moet er voldoende flexibiliteit zijn om hier – naargelang de individuele noden van elke ouder en elk kind – van af te wijken. Aspecten omtrent verwijzing, inclusie- en exclusiecriteria en de verschillende fasen van het eigenlijke behandelingstraject komen aan bod.

De structurele aspecten van de voorziening komen aan bod in hoofdstuk 5, waarin onder meer wordt stilgestaan bij de capaciteit van de voorziening en het doelpubliek, de infrastructuur en het behandelend team.

Hoofdstuk 6 gaat in op het programma, waarbij naast algemene elementen de vier factoren van het opvoedingsmodel aan bod komen: ondersteuning van de ouder en van het kind, de relatie met de omgeving en de pedagogische ondersteuning.

Specifieke programma-elementen naar zwangere vrouwen en naar moeders met een pasgeboren baby toe komen aan bod in hoofdstuk 7.

In het laatste hoofdstuk gaan we tenslotte in op de nazorg, waarbij zowel het ‘halfweghuis’ als de ambulante begeleiding aan bod komen.

HOOFDSTUK 3:
THEORETISCH KADER EN DOELSTELLINGEN

Als voorziening is het essentieel om na te denken over een duidelijk en omlijnd **theoretisch kader**. Het is een noodzakelijke basis voor de uitbouw van de residentiële setting en voor de implementatie van diverse methodieken. Daarnaast is een theoretisch kader ook van belang voor de eigenlijke behandeling: dit kader is immers een referentiepunt en geeft mee richting aan de interpretatie van gedrag en aan het opstellen van handelingsplannen.
Tevens dienen ook duidelijke **doelstellingen** van de behandeling omschreven te worden. Ook dit geeft mee richting aan de vormgeving van de behandeling en biedt een kader voor de evaluatie van de behandeling.

3.1 THEORETISCH KADER

Het theoretisch kader van een voorziening omvat een duidelijke visie op verslaving en opvoeding, een missie en een pedagogisch en agogisch concept.

3.1.1 Visie

Een visie moet enerzijds bestaan uit een visie op **verslaving** en de mogelijke **behandeling** ervan. Dit betekent een visie op de mogelijke oorzaken van verslaving, op de doelstellingen van de behandeling en de behandelmethoden. Binnen de hulpverlening aan druggebruikers kunnen verschillende visies onderscheiden worden, zoals een drugvrije behandeling, een psychiatrische behandeling en het nemen van schadebeperkende maatregelen (Broekaert, 2000).
Ten tweede dient de voorziening een visie te ontwikkelen op '**opvoeding**' en op ouderschap (wat is 'opvoeden' en wat is 'goed ouderschap'?) en op '**opvoedingsondersteuning**'. We beperken ons hier tot dit laatste gezien de focus van dit draaiboek op opvoedingsondersteuning.

- **Visie op opvoeding**

In onderstaand deel geven we een aantal visies op opvoeding en opvoedingsondersteuning weer. We bespreken drie meer algemene visies op opvoeding; daarna halen we nog twee auteurs aan die opvoeding concretiseren binnen een aantal basisvoorwaarden en –elementen. Binnen de visieontwikkeling op opvoeding dient de voorziening zowel een (meer) algemene visie op opvoeding als een (meer) concrete visie te ontwikkelen (in de vorm van basisvoorwaarden en –elementen).

De **transactionele visie** op opvoeding en de **ecologische benadering** stellen dat opvoeden een voortdurend wederkerig beïnvloedingsproces is tussen ouders en kinderen en dat deze wederkerige relatie ingebed is in een ruimere sociale context (Nys & Wouters, 2001). Opvoeding wordt opgevat als een proces waarin kind en opvoeders een continue interactie aangaan. Zowel opvoeders als kinderen hebben daarin – beïnvloed door hun genetische

eigenheid, hun eerdere ervaringen, hun eigen ontwikkelingsfase en situationele variabelen – een inbreng die het kind, respectievelijk de opvoeders weer verandert (Hermanns, 1995). Bovendien houdt een ecologische opvatting in dat de dynamische ouder-kindrelatie in haar context wordt gesitueerd: verschillende factoren uit de omgeving van de opvoeding (bijvoorbeeld partnerrelatie, beroepssituatie van de ouder(s), schoolse ervaringen van het kind, de woonsituatie en -omgeving, maatschappelijke opvattingen,…) hebben invloed op de opvoeding en de ontwikkeling van het kind (Vandemeulebroecke, 2000), maar kind(eren) en ouder(s) oefenen ook zelf invloed uit op hun omgeving (Van Dijke et al., 2000).
Opvoeden is dan ook een complex proces, dat beïnvloed wordt door een samenspel van risico- en beschermende factoren die zich op verschillende niveaus (micro-, meso-, exo- en macroniveau) kunnen bevinden (Nys & Vandemeulebroecke, 2000; Nys & Wouters, 2001). In die zin zijn opvoeding en ontwikkeling zeer complex, moeilijk te voorspellen en moeilijk planmatig te beïnvloeden (Hermanns, 1995). Het interactionele karakter van opvoedings- en ontwikkelingsprocessen impliceert ook dat zij per definitie uniek zijn (Van Dijke et al., 2000).
Naar de behandeling en het ondersteunend werken toe betekent een dergelijke visie dat de opvoedings*relatie* en de contextfactoren een belangrijke positie innemen. Het zich uitsluitend richten op factoren binnen het opvoedingsproces, het zogenaamd sleutelen aan de ‘opvoedingstechnologie van de ouders’ – zoals vaak bij traditionele preventieprogramma’s het geval was – kan men vanuit deze optie dan ook niet langer handhaven (ibid.)[5].

Zo komen we bij een tweede meer algemene visie, namelijk dat binnen opvoedingsondersteuning moet worden uitgegaan van een visie van **hoop** en **mogelijkheden tot verandering**[6]. Dit is vooreerst belangrijk omdat ouderschap en opvoeding heel gevoelige thema’s zijn voor ouders en zij op dit vlak heel kwetsbaar zijn. Ten tweede is een dergelijke visie op opvoedingsondersteuning ook belangrijk omdat deze ouders vaak een heel negatief zelfbeeld hebben, zodat het belangrijk is om ze niet nog meer te bevestigen in dit zelfbeeld. Tenslotte is het van belang dat ouders niet overweldigd worden door de taken van het ouderschap en op die manier een mogelijk herval vermeden wordt (Finkelstein, 1994).

Tenslotte vermelden we hier als derde algemene visie op opvoeding de theorie van **Sproet et al.** (2001), waarbij zij aan de opvoeding twee componenten onderscheiden, waarmee wenselijk opvoedingsgedrag van ouders kan beschreven worden[7].
Enerzijds is er het *eigenlijke opvoeden* met een gerichtheid op het kind. De volgende drie taken zijn hierbij essentieel: vervullen van de basisbehoeften van het kind, zorgen voor een stabiele hechtingsrelatie en pedagogisch handelen gericht op het bevorderen van een voorspoedige ontwikkeling en socialisatie.
Anderzijds is er de *opvoedingssituatie* met een gerichtheid op de omgeving. Deze component betreft het scheppen van voorwaarden die het eigenlijke opvoeden mogelijk maken. Het gaat hierbij om het hanteren van de bestaande opvoedingsomgeving en het structureren van opvoedingssituaties.

---

[5] Ook de ‘self-in-relation-theorie’ van Miller (Finkelstein, 1996) benadrukt het belang van relaties in het leven van de zwangere vrouw of moeder en de nood om relationele thema’s ook in het behandelingsprogramma aan bod te laten komen. Als deel van het programma is het nodig dat vrouwen leren om deel te nemen aan bevredigende en ondersteunende relaties.
[6] Een dergelijke visie vinden we ook terug in het **PACE** (Parent and Child Education)–**programma** (Juliana & Goodman, 1997). Het onderliggende concept is hier dat een geïnformeerde, competente ouder in een uitstekende positie staat om de ontwikkeling van zijn kind te ondersteunen. Om dit doel te bereiken, moet een moeder erbij betrokken worden om zichzelf te begrijpen en om haar zelfconcept te veranderen van een passief, krachteloos beeld in een actieve eigen beheersing. De moeder wordt in PACE dan ook zowel leerkracht als student in die zin dat ze geëngageerd wordt in het proces om zowel haarzelf als haar kind te ‘empoweren’. Het doel van het PACE-programma is dan ook om zowel de ouderschapsvaardigheden als de zelfwaardering van de moeder zo te ontwikkelen dat ze kan omgaan met de fysieke en psychologische noden van haar kind.
[7] Een gelijkaardige visie vinden we terug bij Rink (1995).

Naast deze meer algemene visies op opvoeding bespreken we hier twee meer **concrete visies** waarin een aantal basiselementen en –voorwaarden van opvoeding wordt aangegeven. Voor andere visies hierop verwijzen we naar Beckwith (1984), Matthys (2000) en Groenendaal (1993).

Schippers (2001) stelt als algemene voorwaarden voor een goede opvoeding verantwoor-delijkheid en responsiviteit. Concreet geeft hij vier elementen aan: basisbehoeften (fysieke verzorging, voedsel, rust, hygiëne en bescherming), stimulering en emotionele bescherming (respect, aandacht), bevorderen van de autonomie (eigenwaarde en zelfvertrouwen, risico's durven nemen, leren genieten en leren zelfstandig te zijn) en spiritualiteit (het kunnen stellen van hogere doelen, zoals esthetiek, vrede, rechtvaardigheid).

Blokland (1996, p. 29) tenslotte geeft volgende voorwaarden voor het creëren van een goede opvoedingsomgeving:

- *adequate verzorging*
- *een affectieve relatie met tenminste één volwassene die het kind geborgenheid, steun en begrip kan bieden*
- *een veilige fysieke omgeving*
- *continuïteit en stabiliteit in de levensomstandigheden*
- *respect, interesse en betrokkenheid van opvoeders ten opzichte van kinderen*
- *een ondersteunende en flexibele structuur van regels en grenzen in combinatie met een adequate disciplinering*
- *mogelijkheden voor educatie en scholing*
- *sociale omgang met leeftijdsgenoten*
- *adequate voorbeelden waaraan een kind zich kan spiegelen*
- *opgenomen zijn in een sociaal verband van familie, vrienden, school en buurt*
- *kennis over en contact met het eigen verleden.*

3.1.2 Missie en pedagogisch en agogisch concept

De voorziening dient voor zichzelf een algemene **missie** of 'opdrachtsverklaring' vast te leggen.
Daarnaast dient de voorziening ook een **pedagogisch en agogisch concept** uit te werken, waarin de visie, de missie en eventueel ook de doelstellingen van de voorziening verder worden uitgewerkt en geconcretiseerd. In bijlage 1 werd het pedagogisch en agogisch concept van de Tipi opgenomen als voorbeeld.

3.2 DOELSTELLINGEN

Elke voorziening dient een aantal doelstellingen aan te geven die men met de behandeling wenst na te streven. Doelstellingen weerspiegelen steeds een aantal **keuzes** die men als voorziening moet maken.

De doelstellingen die men wenst te bereiken, zijn **richtinggevend** voor de behandeling en de behandelingsomgeving en in die zin structureren ze de verschillende activiteiten. Het opstellen van de te bereiken doelstellingen is dan ook een belangrijk kader waarrond de gehele behandeling kan worden gebouwd. Daarnaast dienen deze doelstellingen ook als criteria voor de evaluatie van de effectiviteit van het behandelingsprogramma (Sproet et al., 2001). Tenslotte bieden doelstellingen duidelijkheid voor personeel, cliënten én verwijzers.

We keren even terug naar het model van opvoeding zoals dit in hoofdstuk 2 werd beschreven: gezien de grote onderlinge afhankelijkheid van de diverse elementen van dit systeem, vinden we het belangrijk dat doelstellingen worden nagestreefd die gericht zijn op de verschillende elementen. Dit betekent concreet dat doelstellingen moeten worden vooropgesteld met betrekking tot de ouder, het kind, de omgeving en de opvoeding(ssituatie). In die zin gaan we niet uit van de visie dat het voldoende is om enkel te werken rond de problematiek van de ouder, zodanig dat zij in staat is om de opvoedingssituatie – en zo de ontwikkeling van het kind – in gunstige zin te beïnvloeden. We vertrekken wel vanuit de visie dat verschillende aspecten die van invloed zijn op de opvoeding aandacht verdienen. Het is dus niet de ouder die wordt opgenomen – en die ook een kind mee heeft – maar het hele ‘systeem’ (ouder, kind, omgeving, andere gezinsleden,…) moet een plaats krijgen binnen de hulpverlening. Om invloed te kunnen uitoefenen op het gezinsfunctioneren moet immers aandacht geschonken worden aan de individuele problemen en vice versa (Sproet et al., 2001).

Naar de **ouder** toe dienen doelstellingen opgesteld te worden omtrent het drugprobleem, het psychisch functioneren, sociale contacten en relaties, opleiding en werk en ouderschap.
Naar het **kind** toe richten de doelstellingen zich voornamelijk op het voorkomen en/of herstellen van bepaalde ontwikkelingsproblemen en/of op het stimuleren van de ontwikkeling.
Naar de **omgeving** toe dienen doelstellingen geformuleerd te worden omtrent het gezin en de ruime familie (niet-opgenomen ouder, andere broers en zussen, grootouders, tantes,…), het sociale netwerk en contacten met de professionele hulpverlening.
Tenslotte dienen ook specifiek naar de **opvoeding** toe bepaalde doelstellingen te worden geformuleerd. Die kunnen onder meer gericht zijn op de hechting tussen ouder en kind, de ouder-kindrelatie, bepaalde opvoedingsvaardigheden en kennis van de ouder, de basisverzorging van het kind, de ‘ouderrol’ van de ouder en de omgeving waarin het kind opgroeit.

SAMENVATTEND
HOOFDSTUK 3: THEORETISCH KADER EN DOELSTELLINGEN

3.1 Theoretisch kader
De voorziening dient een duidelijk theoretisch kader te bepalen. Dit impliceert vooreerst het ontwikkelen van een visie op verslaving en de behandeling ervan en op opvoeding en opvoedingsondersteuning. Daarnaast dient de voorziening een duidelijke missie en een aansluitend pedagogisch en agogisch concept te ontwikkelen.

3.2 Doelstellingen
Bovendien dient de voorziening duidelijke doelstellingen te bepalen die richtinggevend zijn voor het uitwerken van het algemene behandelprogramma, een geïndividualiseerd hulpverleningsaanbod en de evaluatie van beiden. Deze doelstellingen moeten gericht zijn op de ouder, het kind, de omgeving en de opvoeding.

Dit alles biedt een kader én de nodige duidelijkheid voor de behandeling en naar personeel, cliënten en verwijzers toe.

HOOFDSTUK 4: HET BEHANDELINGSTRAJECT

4.1 VERWIJZING

Drugverslaafde zwangere vrouwen of drugverslaafde ouders met kinderen ervaren heel wat barrières om naar de hulpverlening toe te stappen. De angst voor stigmatisering door hulpverleners, voor plaatsing van het kind of de noodzaak om afstand te nemen van het kind wanneer men zelf een opname wenst, leiden ertoe dat heel wat drugverslaafde ouders pas heel laat of nooit de stap naar de hulpverlening zetten (Derluyn et al., 2000).

Het is daarom essentieel dat zowel hulpverleners in de eerstelijnszorg als in de meer gespecialiseerde centra oog hebben voor deze problematiek en deze problematiek **herkennen**. Centra voor residentiële behandeling van drugverslaafde ouders met kinderen hebben in die zin een belangrijke taak wat betreft de **sensibilisering** en **bijscholing** van voorzieningen omtrent de specifieke problemen van deze gezinnen, mogelijke signalen en de verschillende (door)verwijs- en ondersteuningsmogelijkheden.

Centra waarbij een **outreachende, laagdrempelige** werking voorop staat, vormen een belangrijke schakel om met drugverslaafde ouders een vertrouwensband op te bouwen, zodat ze verder kunnen ondersteund worden en eventueel kan gezocht worden naar de voor deze ouder en haar kind geschikte ondersteuning (Grella, 1996). Het hebben van intensieve contacten met deze voorzieningen is voor residentiële ouder-kindcentra heel belangrijk.

Indien deze gezinnen ondersteuning vanuit het professionele hulpverleningscircuit krijgen, komen ze meestal in contact met instanties en voorzieningen uit **uiteenlopende sectoren**, onder meer de geestelijke gezondheidszorg, de drughulpverlening, kindgerichte voorzieningen, eerstelijnszorg, justitiële diensten, enz. (Derluyn et al., 2000). Dit betekent dat residentiële voorzieningen die zich op deze doelgroep richten vanuit verschillende instanties doorverwijzingen kunnen krijgen. Het is dan ook essentieel dat er tussen de voorzieningen onderling voldoende communicatie en vertrouwen is, zodat een ouder – indien zij dit wenst – vlot kan worden doorverwezen naar een meer gespecialiseerd centrum.

In de hulpverlening ontstonden recent diverse initiatieven omtrent **netwerkvorming** waarbij voorzieningen die betrokken zijn bij de ondersteuning van een specifieke doelgroep zich in een netwerk groeperen zodat een efficiëntere en effectievere hulpverlening mogelijk wordt. Zo tracht men snel en goed door te verwijzen om te evolueren naar meer 'zorg op maat' voor elke cliënt.
Wat betreft de doelgroep van drugverslaafde ouders ontstaan ook hier initiatieven tot netwerkvorming. Het is belangrijk dat ook gespecialiseerde, residentiële voorzieningen voor drugverslaafde ouders met kinderen deel uitmaken van deze netwerken, zodat ouders die een langdurige residentiële opname wensen er ook effectief terechtkomen (cf. NOOD, 2000).

Tevens kan het belangrijk zijn om binnen dit netwerk afspraken te maken. Zo kunnen er **protocollen** vastgelegd worden omtrent de stappen die moeten gezet worden wanneer een zwangere drugverslaafde vrouw of een drugverslaafde moeder bij een hulpverleningsinstantie uit de eerstelijnszorg (bijvoorbeeld huisarts, algemeen ziekenhuis, Kind en Gezin) komt aankloppen (Van Bouchaute, 1996).

Deze netwerken en protocollen kunnen ook belangrijke hulpmiddelen zijn om te vermijden dat drugverslaafde ouders de hulpverlening opnieuw loslaten wanneer er bijvoorbeeld op dat moment geen plaats is in een residentiële ouder-kindvoorziening.

De laatste jaren ontstaan ook meer initiatieven van '**case management**' waarbij één hulpverlener de cliënt doorheen diverse voorzieningen en instanties van de hulpverlening begeleidt en opvolgt. Ook deze case managers spelen een belangrijke rol in de eventuele doorverwijzing van drugverslaafde ouders met hun kind naar een residentiële voorziening (Vanderplasschen et al., 2001). Contacten met deze case management-werking en regelmatige overlegmomenten zijn dan ook essentieel.

Indien dergelijke netwerken of een werking van case management nog niet bestaan, is het essentieel om vanuit de voorziening regelmatig **initiatieven** te nemen om het eigen aanbod, de werking, doelstellingen en opnamecriteria **bekend** te **maken** bij de diverse voorzieningen die met drugverslaafde ouders en/of hun kind(eren) in contact komen. Efficiënte en voldoende doorverwijzingen kunnen enkel gebeuren indien de voorziening voldoende bekend is binnen de hulpverleningssector en er tevens voldoende **vertrouwen** bestaat in haar werking. Een duidelijke **informatiebrochure** opmaken en verspreiden is hierbij noodzakelijk.

4.2 INCLUSIE- EN EXCLUSIECRITERIA

Als voorziening is het belangrijk om een duidelijk profiel te creëren waarbij de doelgroep afgebakend wordt en een aantal drempels wordt ingebouwd, zodanig dat de vooropgestelde werking en doelstellingen haalbaar blijven.
Bij het vaststellen van deze inclusie- en exclusiecriteria is het uiteraard belangrijk om rekening te houden met specifieke kenmerken van de doelgroep en de eigen draagkracht van de voorziening, het team en de samenstelling van de cliëntengroep.

Als voorziening moet nagedacht worden over volgende **inclusie- en exclusiecriteria**:

- *verslaving aan drugs en het type drugs; al dan niet reeds clean zijn*
- *aanwezigheid van een psychiatrische problematiek*
- *een hulpvraag hebben en gemotiveerd zijn; vrijwillig opgenomen worden; de wens hebben om het gezin bijeen te houden of te herenigen*
- *bereid zijn om afspraken te maken omtrent de opvang van het kind bij crisis*
- *bereidheid tot samenwerking met andere voorzieningen*
- *afbakeningen omtrent de kinderen (bijvoorbeeld het aantal kinderen per ouder en de leeftijd ervan).*

Binnen de drughulpverlening richt men zich meestal op cliënten die **verslaafd** zijn aan illegale drugs, maar er kunnen ook andere verslavingsproblemen zijn (bijvoorbeeld alcohol, medicatie, gokken).
Een tweede voorwaarde die hier kan gehanteerd worden is dat de ouder reeds **clean** moet zijn vooraleer ze kan opgenomen worden in de voorziening. Niet alle voorzieningen hanteren dit criterium: in sommige voorzieningen kan de detoxificatie in het centrum zelf gebeuren of gebeurt dit door het toedienen van methadon binnen de voorziening.

Een ernstige **psychiatrische problematiek** van de ouder wordt door veel voorzieningen als exclusiecriterium gehanteerd. Nochtans is dit een veel voorkomende problematiek bij drugverslaafde vrouwen (Powis et al., 2000; Volpicelli et al., 2000). In die zin lijkt het belangrijk te stellen dat ook drugverslaafde ouders met een bijkomende psychiatrische problematiek een plaats moeten kunnen krijgen binnen een (aangepaste) residentiële ouder-

kindvoorziening. Soms wordt ook gesteld dat er geen zodanige (psycho)organische ontregeling mag zijn dat verandering en leren ernstig belemmerd worden en/of daadwerkelijk ouderschap onhaalbaar wordt geacht (Kroon et al., 2000).

Ten derde wordt meestal verwacht dat de ouder een zekere **hulpvraag** heeft en er ook een zekere **motivatie** is om de behandeling aan te gaan en de doelstellingen die nagestreefd worden met de behandeling te onderschrijven. In deze centra gaat het dus in principe meestal om **vrijwillige** hulpverlening en worden meestal geen cliënten opgenomen binnen een gedwongen kader[8].
Gezien de ouder een opname wenst samen met haar kind wordt ervan uitgegaan dat ze haar kind(eren) ook werkelijk bij zich heeft (of eventueel op korte termijn bij zich kan krijgen) en wordt er ook verwacht dat de ouder een duidelijke **wens** heeft om haar **gezin** samen te houden of te herenigen.
Bovendien wordt van de ouder gevraagd om duidelijke (meestal schriftelijke) **afspraken** te maken omtrent de **opvang** van het **kind** wanneer zij zelf een **crisis** meemaakt en het programma wenst te verlaten. We komen hier verder nog op terug (zie 4.3.2).

Vaak wordt van de ouder de bereidheid verwacht om **samen te werken** met instanties die zich op het kind richten, zoals het Comité voor Bijzondere Jeugdzorg, de sociale dienst van de Jeugdrechtbank en de school of het kinderdagverblijf van het kind.

Tenslotte bouwen de meeste voorzieningen ook beperkingen in omtrent het **aantal kinderen** per ouder en de **leeftijd** van de kinderen en wordt soms gesteld dat het kind reeds alle noodzakelijke **vaccinaties** moet ondergaan hebben.

[8] Het gaat hier enkel om de ouders; wat betreft de kinderen zijn er vaak wél gerechtelijke instanties betrokken (m.n. de jeugdrechtbank).

4.3 HET EIGENLIJKE BEHANDELINGSTRAJECT

Het mogelijk behandelingstraject van een drugverslaafde ouder met haar kind zoals het hierna wordt beschreven, ligt uiteraard niet strikt vast: ook hierin dient er – naargelang de noden van elke ouder en van elk kind – voldoende flexibiliteit te zijn. In die zin is het in het algemeen heel belangrijk dat er **verschillende toegangspoorten** zijn tot de residentiële voorziening. Dit betekent dat sommige moeders het hele traject zoals hieronder beschreven zullen doormaken, maar dit betekent ook dat andere moeders soms direct in de residentiële voorziening terechtkomen (dus zonder introductie- en/ of onthaalperiode) (Winick & Evans, 1997).

4.3.1 Intake en introductie

Wanneer een drugverslaafde ouder in een residentiële ouder-kindvoorziening wordt aangemeld, wordt gestart met één of meerdere gesprekken (Graham et al., 1997). Dit gesprek is heel belangrijk voor het beeld dat de ouder zich zal vormen over het residentiële programma (Mosley, 1996).
In dit introductie- of **intakegesprek** kunnen diverse elementen aan bod komen, zoals:

- motivatie voor het volgen van de behandeling
- eigen voorgeschiedenis (met informatie over vroegere opnames, eventuele huidige begeleiding door een voorziening, betrokkenheid van andere instanties, bijvoorbeeld uit de bijzondere jeugdzorg,…)
- de ontwikkeling van het kind sinds de geboorte
- huidige situatie van het gezin (financieel, juridisch, economisch, onderwijs, opleiding, werk, sociaal, familiaal, drugs- en psychiatrische problematiek,…).

Dit eerste intakegesprek gebeurt met de ouder, eventueel samen met de verwijzer (of de case manager). Eventueel kunnen meerdere gesprekken volgen, zeker wanneer de ouder twijfelt over de opname of wanneer andere problemen een opname op dat moment (nog) niet mogelijk maken (zo gaat de band tussen voorziening en ouder niet verloren).

Tijdens het intakegesprek moet worden vastgesteld of ouder en kind voldoen aan de **opnamecriteria** van de voorziening en of de ouder kan en wil gebruik maken van deze vorm van hulpverlening.
In deze gesprekken wordt ook uitgebreid uitgelegd wat het **programma** precies inhoudt. Indien het kind bij dit gesprek aanwezig is, kan hier reeds een aantal observaties plaatsvinden van het kind en van de omgang tussen ouder en kind.

Wie dit gesprek voert, is meestal afhankelijk van de grootte van de voorziening en de op dat moment beschikbare teamleden. Het is belangrijk dat het gaat om iemand die degelijk opgeleid is voor het voeren van een dergelijk gesprek en voldoende kennis heeft van de werking van het residentiële ouder-kindcentrum. Bovendien moet deze persoon goed kunnen observeren. In die zin kan het zinvol zijn om dit intakegesprek met meer dan één persoon te doen.

Dit gesprek vindt meestal plaats in het centrum zelf of in de ambulante werking van de voorziening. Gezien het belang van een tegemoetkomende, **outreachende** werking bij drugverslaafde ouders kan het ook belangrijk zijn om als voorziening zelf naar mensen toe te stappen. Dit kan bijvoorbeeld inhouden dat een intakegesprek bij iemand thuis gebeurt.

Een outreachende werking betekent ook dat er voldoende mogelijkheden zijn om gedurende enige tijd **voorbereidende gesprekken** te voeren met een ouder over een eventuele opname.

Het is belangrijk om gedurende deze introductieperiode (of uiterlijk tijdens het onthaal-programma) een **bezoek** te brengen aan de ouder-kindafdeling, zodat de ouder zich goed kan informeren over de werking van deze afdeling en zich een duidelijk beeld kan vormen van de plaats waar zij en haar kind terecht zullen komen. Een bezoek biedt voor de ouder vaak een geruststellend antwoord op diverse praktische problemen en vragen. Bovendien kan de kennismaking met andere ouders een extra motiverende factor zijn om de stap naar een opname te zetten. Indien de ouder het kind meebrengt bij dit bezoek, kan ook hier reeds een aantal eerste observaties van het kind gebeuren.

Tijdens de introductieperiode dient ook ruimte gemaakt te worden om contact op te nemen met andere **voorzieningen** die reeds bij de begeleiding van ouder en kind betrokken waren.
Het is belangrijk om deze introductieperiode in **tijd** te beperken tot één à twee weken.

Indien men er in de voorziening voor kiest om geen crisisopnames te doen, is het toch belangrijk dat men – indien een ouder zich onverwacht samen met het kind aanmeldt in het centrum – efficiënt en snel kan doorverwijzen naar een **crisisopvangcentrum**. Vanuit dit crisisopvangcentrum kan de ouder dan eventueel verder het introductieprogramma doorlopen. Een dergelijk centrum kan deel uitmaken van de eigen voorziening of er kan een overeenkomst gesloten worden met één of meer externe crisisopvangcentra die bereid zijn ouders in crisis op te nemen samen met hun kind(eren).

Na dit intakegesprek wordt in het **team** beslist of de ouder met het kind de verdere stappen in het programma kan aanvatten. Indien het team beslist dat de ouder niet in aanmerking komt voor het volgen van het programma (bijvoorbeeld door de aanwezigheid van één of meer contra-indicaties) of indien de ouder zelf beslist dat het programma niet voldoet aan de eigen noden, wensen of mogelijkheden, wordt samen met de ouder en de verwijzer gezocht naar andere hulpverleningsmogelijkheden die beter aansluiten bij de behoeften, noden en mogelijkheden van deze ouder en het kind.

4.3.2 Onthaalperiode

Na de introductieperiode kan een (residentiële) onthaalperiode volgen waarbij de ouder een voorbereidende periode van een aantal weken doormaakt. Deze periode is een soort overgangsperiode die belangrijk is om te kunnen wennen aan het verblijf binnen een voorziening en binnen de hulpverlening. Bovendien kan de ouder zich hier voorbereiden op haar overstap naar het residentiële programma.
We willen hier benadrukken dat niet àlle residentiële ouder-kindcentra een dergelijke aparte onthaalafdeling hebben; soms komt een ouder samen met haar kind onmiddellijk in het residentiële programma terecht of wordt er binnen de residentiële ouder-kindvoorziening een soort ‘onthaalperiode’ ingebouwd.

Deze voorbereidende fase kan verschillende **elementen** omvatten:
Vooreerst bekijkt de ouder het verdere verloop van het **programma** en ze gaat op bezoek in de residentiële ouder-kindafdeling (indien ze dit nog niet deed). Ze maakt er ook kennis met de groep. Dit gebeurt bij voorkeur samen met haar kind.
Gedurende het onthaalprogramma probeert de ouder te omschrijven waarom de stap naar een residentieel programma werd gezet, welke haar eigen werkpunten zijn voor zichzelf en naar de opvoeding toe, welke dromen en **verwachtingen** zij heeft en wat haar verwachtingen zijn ten aanzien van de begeleiding.

Tijdens deze fase kunnen er **groepen** doorgaan met de mensen die op dat moment in de onthaalfase zijn. Het gaat hier vaak om motivatiegroepen.
Het is ook belangrijk om reeds in deze fase rond het **ouderschap** te werken. Dit kan binnen een afzonderlijke oudergroep in het onthaalcentrum of dat kan – indien de ouder-kindafdeling onderdeel is van een grotere voorziening – ook gebeuren door deelname aan de oudergroepen van de residentiële ouder-kindafdeling. Ook deelname aan speciale groepen voor vrouwen kan een plaats krijgen in het programma.
Het kan ook belangrijk zijn om enkele bezoeken te voorzien van de teamleden van de ouder-kindafdeling aan de ouders in het onthaalprogramma.

Een tweede belangrijk luik is het vervolledigen van de **diagnostische en assessmentfase**. Assessment van psychische en psychiatrische problemen bij de ouder, de huidige financiële, juridische en economische situatie van het gezin, de nog bestaande familiale banden, eventuele betrokkenheid van andere voorzieningen en instanties, gegevens omtrent het verloop van de zwangerschap en de ontwikkeling van het kind, de omgang van de ouder met haar kind,… dienen hier nader bekeken te worden.

Ten derde dienen in deze periode ook heel wat **juridische, sociaal-administratieve** en **praktische zaken** geregeld (bijvoorbeeld verzekering, ziekte-uitkering, eventuele werkgever, schulden, kinderbijslag, afspraken maken met de niet-opgenomen ouder van het kind over mogelijke bezoeken, justitiële procedures, verhuis van allerlei spullen, inrichting van de leefruimte, zoeken van een kinderdagverblijf of een school voor het kind,…).

Tenslotte dienen in de onthaalperiode of eventueel in de **beginperiode** van het verblijf in de residentiële ouder-kindsetting – maar zeker vóór de komst van het kind – met de ouder afspraken te worden gemaakt omtrent de opvang van het kind wanneer de ouder in een **crisis** terechtkomt of impulsief het programma wenst te verlaten.
Zo kan afgesproken worden dat wanneer de ouder het programma wil verlaten, zij in een *'time-out'*-situatie terechtkomt waarbij ze gedurende 24 uur uit het programma gaat en waarin rust wordt gecreëerd om samen met de ouder te bepalen wat de beste oplossing voor het kind is.
Ook wordt voor de komst van het kind afgesproken wat er met het kind zal gebeuren wanneer de ouder impulsief het programma zou verlaten zonder haar kind. Ook hier is het belangrijk om in eerste instantie te zoeken naar opvang voor het kind binnen het eigen familienetwerk (vader, grootouders,…). Indien dit niet kan, kan ook beroep gedaan worden op een pleeggezin of een andere voorziening. In sommige voorzieningen wordt ervoor geopteerd dat de andere ouders in het programma tijdelijk de zorg voor het kind van de ouder die het programma verliet overnemen. In elk geval is het belangrijk dat de afspraken rond deze crisisprocedure worden neergeschreven en door alle betrokkenen ondertekend worden. In deze overeenkomst wordt ook aangegeven in welke mate de niet-opgenomen ouder verwittigd is van de opname van ouder en kind in de voorziening (cf. bijlage 2).

In bepaalde programma's wordt ervoor geopteerd om deze onthaalperiode **zonder het kind** door te maken. Het is in deze periode belangrijk dat ouder en kind voldoende contact kunnen hebben om te vermijden dat het contact met het kind verdwijnt. Ook moet een duidelijk perspectief op hereniging worden vooropgesteld. Bij voorkeur wordt tijdens deze periode beroep gedaan op het eigen familienetwerk van de ouder om het kind tijdelijk op te vangen. Indien het eigen netwerk niet kan ingeschakeld worden, kan een beroep gedaan worden op een pleeggezin of een voorziening.

Voor ouders dient de onthaalperiode in duur beperkt te worden: een **drietal weken** lijkt hier de maximumperiode, zeker wanneer de onthaalperiode zonder het kind wordt doorgemaakt.

Voor moeders met een **pasgeboren kind** is het belangrijk om de mogelijkheid te voorzien dat zij hun kind wèl onmiddellijk bij zich kunnen hebben. Het respecteren van het 'ouderschapsverlof' is hier van belang, zodat moeder en kind in die periode permanent samen kunnen zijn (in het onthaalprogramma of onmiddellijk in de residentiële ouder-kindafdeling). Indien het kind nog in het ziekenhuis verblijft moeten er voldoende mogelijkheden gecreëerd worden voor bezoek aan het kind, mét de nodige ondersteuning.
Uiteraard moet voor deze moeders een specifiek programma voorzien worden, aangepast aan de noden van het kind en de mogelijkheden van de moeder. Dit impliceert ook diverse organisatorische en infrastructurele aanpassingen binnen de voorziening (bijvoorbeeld aanwezigheid van babyspullen, aparte slaapkamer voor moeder en kind, afspraken met andere bewoners omtrent stilte en rusttijden,…). Ook wat betreft het personeel moeten aanpassingen gebeuren (cf. 7.2).

Ook voor **zwangere vrouwen** zijn extra aanpassingen nodig, zowel wat betreft infrastructuur, personeelskader als programma. We denken onder meer aan regelmatige medische controles, informatie omtrent de mogelijke gevolgen van druggebruik tijdens de zwangerschap voor de baby, voorbereiding op de geboorte en op de komst van een pasgeboren kind, administratieve formaliteiten, een rustiger programma, enzovoort (cf. 7.1).

4.3.3 Het eigenlijke behandelprogramma

- **De overstap naar het residentieel programma**

Na deze onthaalperiode kan de ouder de **overstap** maken naar het residentieel programma van de voorziening. Ook hier zijn er verschillende mogelijkheden. Enerzijds kan ervoor gekozen worden dat ouder en kind **onmiddellijk samen** zijn in het residentieel programma.
Anderzijds kan ervoor geopteerd worden dat de ouder eerst **enkele weken alleen** is in het programma, zonder haar kind, om zo de druk voor de ouder niet te zwaar te maken en op die manier ook te negatieve invloeden naar het kind toe te vermijden. Dit laat ook een snellere aanpassing aan en kennismaking met de andere groepsleden toe (Brown et al., 1996). Na één of meerdere weken kan het kind dan bij de ouder komen wonen in de ouder-kindvoorziening.

Als **ouder en kind samen** zijn (dit betekent ofwel direct bij de overstap naar het residentieel programma ofwel na enkele weken wanneer het kind ook de overstap maakt) kan ervoor gekozen worden om de ouder gedurende een beperkte periode (bijvoorbeeld één week) volledig uit het programma te halen, zodat zij én haar kind voldoende tijd krijgen om zich samen aan de nieuwe leefsituatie aan te passen. Het is een periode waarin het kind zijn nieuwe thuis leert kennen, went aan het speelgoed, de nieuwe slaapkamer en leefruimte, eventuele andere inwonende kinderen en ouders. Het is ook een periode waarin ruimte wordt gecreëerd om (opnieuw) een zekere hechting tussen ouder en kind op te bouwen.

Een andere optie is dat de ouder in deze eerste periode dat het kind terug bij haar is het programma slechts gedeeltelijk volgt (Brown et al., 1996). Dit biedt tijd en ruimte om te wennen aan het kind, maar zorgt er ook voor dat de ouder niet overbelast wordt doordat ze nu plots de hele dag de zorg voor haar kind dient op te nemen. Uiteraard dient deze periode dan iets langer te duren dan wanneer de ouder geen programma volgt.

Zoals eerder aangehaald wordt voor moeders met een pasgeboren kind het ouderschapsverlof gerespecteerd. Eens dit verstreken is, wordt uitgekeken naar een onthaalmoeder in de buurt.

Het is uiteraard heel belangrijk dat er in deze overgangsfase intensief contact is tussen het team van het onthaalprogramma en het team van de residentiële ouder-kindvoorziening. Een goede **informatiedoorstroming** is hier van groot belang.

- **De eigenlijke behandeling**

Eenmaal de ouder is opgenomen in de residentiële ouder-kindvoorziening ligt het accent eerst op het zich aanpassen aan de andere bewoners en aan de huisgewoontes. Deze aanpassing is heel belangrijk omdat dit een eerste basis van veiligheid voor de ouder moet vormen.
De eigenlijke behandeling bestaat meestal uit een drietal **fasen**[9]: een **eerste fase** waarin aanpassing centraal staat (twee à drie maanden)[10]. In de **tweede fase** staat het doorwerken van de eigen problematiek centraal (vier à zes maanden). In de **derde fase** staat enerzijds het verder doorwerken van bepaalde problemen centraal en het versterken van de ingezette veranderingen. Anderzijds is het hier van groot belang om de reïntegratie in de maatschappij volop voor te bereiden en heel concreet te maken. De duur van deze fase is sterk verschillend van voorziening tot voorziening en varieert van drie tot zes maanden.

4.3.4 Nazorg

Wat betreft de nazorg kunnen twee mogelijke **fasen** onderscheiden worden. Eerst is er een periode waarin de ouder met haar kind het residentiële ouder-kindprogramma verlaat en in een ander huis gaat wonen; dit kan een eigen woning zijn waar ze alleen gaat wonen of dit kan een huis zijn van de voorziening waar de ouder samenwoont met een andere ouder en haar kind(eren). Uiteraard is er in deze fase nog bezoek van de begeleiding en wordt van de ouder verwacht dat ze wekelijks deelneemt aan enkele (psycho)therapeutische groepen.
Na deze fase kan de ouder haar zelfstandigheid verder uitbouwen en elke residentiële begeleiding verlaten. In deze periode wordt meestal nog een ambulante nazorg voorzien, aangepast aan de noden en wensen van de ouder en/of haar kind. Dit kan gebeuren door mensen uit de residentiële ouder-kindvoorziening of door andere diensten.

[9] Sommige programma's hanteren vier fasen (zie bijvoorbeeld het programma beschreven in Killeen & Brady, 2000).
[10] In Miracle Village (Graham et al., 1997) leven moeders met hun kinderen in de eerste fase – die een drietal maanden duurt – in een apart gebouw. Deze eerste fase is hier dus een stuk vergelijkbaar met de eerder beschreven 'onthaalperiode'.

SAMENVATTEND
HOOFDSTUK 4: HET BEHANDELINGSTRAJECT

4.1 Verwijzing

Belangrijke elementen omtrent verwijzing zijn:
- meewerken aan de sensibilisering en bijscholing van eerstelijnsvoorzieningen opdat deze de problematiek van drugverslaafde ouders en hun kinderen beter en vlugger zouden herkennen
- samenwerking met diverse instanties die met deze doelgroep in contact komen, met ook eventueel het deelnemen aan initiatieven van netwerkvorming rond deze doelgroepen
- ondersteunen van en meewerken aan het uitwerken van protocollen omtrent de hulpverlening aan drugverslaafde ouders met kinderen
- bekend maken van de eigen werking bij mogelijke verwijzers en samenwerken met case managers.

4.2 Inclusie en exclusiecriteria

Als voorziening moet nagedacht worden over volgende inclusie- en exclusiecriteria:
- verslaving aan middelen; al dan niet reeds clean zijn
- aanwezigheid van een psychiatrische problematiek
- een hulpvraag hebben en gemotiveerd zijn; vrijwillig opgenomen worden; de wens hebben om het gezin bijeen te houden
- bereid zijn om afspraken te maken omtrent de opvang van het kind bij crisis
- bereidheid tot samenwerking met diverse instanties
- afbakeningen omtrent de kinderen.

4.3 Het eigenlijke behandelingstraject

In het behandelingstraject onderscheiden we verschillende fasen die elk een eigen invulling kennen:
- één of meerdere intake- of introductiegesprekken
- eventueel een korte onthaalperiode (met of zonder het kind) in een aparte voorziening of binnen de residentiële ouder-kindvoorziening
- de overstap naar het residentieel programma waarbij ouder en kind tijd krijgen om te wennen aan de nieuwe omgeving en aan het samenzijn met haar kind
- het eigenlijke programma dat meestal bestaat uit drie fasen
- een fase van nazorg die kan evolueren van zelfstandig wonen met vrij intensieve ondersteuning tot een ambulante begeleiding aangepast aan de noden en wensen van de ouder en/of haar kind.

HOOFDSTUK 5: STRUCTURELE ASPECTEN VAN DE VOORZIENING

5.1 CAPACITEIT EN DOELPUBLIEK

5.1.1 Aantal plaatsen

In de bestaande voorzieningen voor drugverslaafde ouders met kinderen varieert het aantal beschikbare plaatsen sterk. Voor **ouders** varieert dit tussen vier en twaalf à dertien per afdeling/leefgroep (één voorziening kan verschillende afdelingen of leefgroepen hebben). Het is wel aan te bevelen om dit aantal niet te klein te houden (een minimum van vijf à zes ouders) om zo een zekere groepsdynamiek te kunnen creëren[11]. Soms kan het ook belangrijk zijn om in de opstartfase van de nieuwe afdeling/voorziening niet direct een maximum aantal ouders vast te leggen, gezien dit een negatieve uitstraling kan hebben naar verwijzers toe.
De meeste voorzieningen staan ook open voor de opname van **zwangere vrouwen**. In sommige voorzieningen opteert men ervoor om naast moeders en zwangere vrouwen, ook **vrouwen zonder kind** op te nemen. Het gaat hier om voorzieningen die zich enkel op vrouwen richten. Als deze vrouwen een kind hebben, wordt dit mee opgenomen in de voorziening.

Wat betreft het aantal **kinderen** worden meestal geen beperkingen opgelegd (soms wordt een maximum van twee kinderen per ouder vooropgesteld). Dat er geen beperkingen zijn is belangrijk voor de ouder, gezien ze anders voor moeilijke keuzes kan komen te staan. Toch is het ook belangrijk om de eigen capaciteit en draagkracht van de voorziening en het personeel in rekening te brengen en moet ervoor gezorgd worden dat de moeder de zorg voor haar kinderen kan blijven dragen (Brown et al., 1996; De Leon & Jainchill, 1991).

5.1.2 Sekse en leeftijd

- **Sekse**

Een belangrijke vraag betreft het al dan niet **gemengde** karakter van de ouder-kindvoorziening. In de meeste voorzieningen wordt ervoor geopteerd om enkel moeders met kinderen op te nemen; koppels of alleenstaande vaders met kind(eren) worden dan niet opgenomen[12]. Dit komt doordat het meestal de moeder is die de zorg voor het kind opneemt (of men kent de vader niet). De aanwezigheid van mannelijke bewoners in de voorziening kan sommige moeders afschrikken, omdat zij in hun leven zelf reeds heel wat ervaringen hadden met geweld gepleegd door mannen (Swift & Copeland, 1996). Tenslotte wordt ook aangegeven dat de benadering van drugverslaafde vrouwen eigen accenten vereist. Indien

[11] Een kleine groep betekent ook dat een zekere 'groepsnorm' minder aanwezig is, wat impliceert dat er in die zin minder 'zelfhulp' aanwezig is in de groep. Dit betekent ook dat de begeleiding dichter betrokken is bij de ouders en dat de ouder zich minder kan wegsteken in de groep. Dit kan positief zijn, maar het kan ook de belasting voor de ouder nog vergroten (in een grote groep, zeker als er nog andere bewoners zonder kinderen zijn, kan de ouder zich overdag in het programma nog wat wegsteken).
[12] Zo worden in Project 4 (Stichting Parnassia – Den Haag), in de Tipi (De Kiem – Oosterzele) en in Project Kangourou (Trempoline – Charleroi) geen vaders samen met hun kind opgenomen. Dit heeft uiteraard als gevolg dat er in Vlaanderen momenteel bijna geen mogelijkheden bestaan voor het opnemen van een drugverslaafd koppel met een kind (kinderen) of een drugverslaafde vader met een kind (Derluyn et al., 2000).

ook vaders worden opgenomen in de voorziening is het moeilijker om de meer 'vrouwgerichte' aspecten in de behandeling aan bod te laten komen.
Een argument voor het opnemen van koppels en/of vaders met kinderen is dat dit de bestaande situatie van een gemengde maatschappij beter weergeeft en dit zo kansen biedt om te leren omgaan met die realiteit. Bovendien kan de beslissing om enkel moeders op te nemen voor sommige koppels betekenen dat ze de stap naar een residentiële behandeling toch niet zetten. Ook voor drugverslaafde vaders kan dit betekenen dat een residentiële behandeling niet mogelijk is[13].

- **Leeftijd**

De leeftijd van de **kinderen** varieert sterk; de meeste voorzieningen richten zich wel op jonge kinderen (tot 6 of tot 12 jaar). Wat betreft de leeftijd van de **ouders** worden zelden beperkingen opgelegd; meestal gaat het om meerderjarige moeders en de maximumleeftijd ligt meestal rond 40 jaar.

[13] In De Lage Kamp in Paterswolde (Dr. Kuno van Dijk Stichting) worden wel vaders en koppels opgenomen.

5.2 INFRASTRUCTUUR

5.2.1 Algemene elementen

In de **algemene opbouw** van een voorziening zijn twee opties mogelijk.
Enerzijds kan gekozen worden voor een voorziening waar alle leefruimtes **gemeenschappelijk** zijn. Deze manier van samenleven biedt mogelijkheden tot zelfhulp tussen de ouders onderling, kan de ouders aansporen om elkaar aan te spreken op verantwoordelijkheden, bevordert het wederzijds leren en de sociale omgang (Brown et al., 1996). Anderzijds kan dit samenleven ook heel druk en belastend zijn, zowel voor de ouders als voor de kinderen. Bovendien kan het gebrek aan privacy, aan mogelijkheden om alleen te zijn met het kind als negatief ervaren worden en krijgen ouders zelfs schuldgevoelens wanneer ze zich terugtrekken uit de leefruimtes om even alleen te kunnen zijn met hun kind. Toch kan het samenleven voor sommige ouders wel een ontlasting vormen in de zorg voor hun kind, maar dit houdt dan het gevaar in dat ouders zich op deze manier onttrekken aan de eigen verantwoordelijkheden als ouder.

Wat betreft de **slaapkamers** zijn er verschillende mogelijkheden: men kan zorgen dat er een aparte slaapkamer is voor elke ouder met haar kind(eren). Het is dan wel aangewezen om voor elk familielid een apart bed te voorzien (dus geen tweepersoonsbedden) om zo een symbiose tussen ouder en kind te vermijden. Een andere mogelijkheid is dat elk gezinslid een aparte slaapkamer krijgt. Een derde mogelijkheid is dat enkele ouders en kinderen in één slaapkamer samen slapen (bijvoorbeeld telkens twee personen per slaapkamer) (Coletti et al., 1997). Het kiezen voor aparte slaapkamers voor ouder(s) en kind(eren) kan belangrijk zijn voor de ontwikkeling van de eigen identiteit van het kind, kan de ouder een stuk ontlasten en laat toe dat elk de eigen rol terug opneemt, wat parentificatie kan tegengaan. Belangrijk is wel dat hier de strikte regel geldt dat de ouder – ook als het kind huilt – haar kind nooit bij zich mag nemen in bed; ze moet er wel telkens voor opstaan.

Naast de optie om alle leefruimtes gemeenschappelijk te maken, kan men er in de infrastructuur van de voorziening voor kiezen om elke ouder met haar kind(eren) een **aparte wooneenheid** te bieden. Dit kan bijvoorbeeld binnen hetzelfde gebouw waar elke ouder een eigen leefruimte heeft met living en eventueel een slaapkamer (en waar eventueel nog een aantal ruimtes gezamenlijk is, zoals de televisieruimte en de keuken) of dit kan door het creëren van aparte studio's of appartementen voor elke ouder en haar kind(eren).
Een bijkomende optie is dat één studio/appartement gedeeld wordt door twee ouders met hun kinderen (Winick & Evans, 1997). Ook hier zijn er verschillende mogelijkheden wat betreft de slaapkamer (ieder lid heeft een eigen slaapkamer; er is één slaapkamer per gezin of er is één slaapkamer voor de ouders en één voor de kinderen).

Soms wordt er gedurende het programma een **overgang** gemaakt waarbij ouder en kind in het begin van het programma in een meer gemeenschappelijke woonvorm leven en naarmate het programma vordert steeds meer autonomie en privacy krijgen.

Het is in elk geval belangrijk dat er **voldoende ruimte** is voor zowel de ouders als de kinderen en dat er ook **ontmoetingsplaatsen** gecreëerd worden voor de ouders en kinderen.
Indien gekozen wordt voor gemeenschappelijke leefruimtes moet er toch voor gezorgd worden dat er voldoende **afzonderingsmogelijkheden** en –ruimtes zijn voor de ouders met hun kind(eren). Dit betekent ook dat binnen het centrum een klimaat wordt gecreëerd waarbij het als normaal wordt beschouwd dat de ouder zich met haar kind(eren) af en toe afzondert, zodanig dat ouders zich hierover niet schuldig moeten voelen.

Bij het inrichten van de infrastructuur moeten ook volgende **elementen** voorzien worden:

- een tuin waar de kinderen kunnen spelen
- ruimtes om bezoek te ontvangen
- ruimtes voor bezoeken van niet-opgenomen kinderen, van de niet-opgenomen ouder of van andere belangrijke familieleden aan de ouder en/of aan het kind
- ruimtes voor individuele gesprekken
- ruimtes voor de teamleden
- één of meerdere therapieruimtes voor de ouders met aangepaste inrichting (bijvoorbeeld gemakkelijke stoelen, kussens, inkleding, videomateriaal, televisie, boeken en documentatie over opvoedingsthema's,…)
- één of meerdere therapieruimtes voor de kinderen met aangepaste inrichting (bijvoorbeeld aanwezigheid van ballen, spelmateriaal, speelmatten, kussens, ballenbad, videomateriaal, televisie, materiaal voor babygym of –massage,…).

5.2.2 Specifieke voorzieningen voor de kinderen

Het is tevens belangrijk om de infrastructuur van de voorziening voldoende aan te passen aan de specifieke noden en behoeften van kinderen.

Vooreerst moet de hele voorziening voldoende **veilig** zijn voor het kind. Dit impliceert onder meer voldoende afsluitingen aan onder meer trappen, buitendeuren en tuin en beveiligingen aan stopcontacten, fornuis, water, verwarming, kook- en eetgerief, badkamer,….
We willen hierbij ook vermelden dat ook voor de **ouders** de voorziening voldoende 'veilig' dient te zijn, in die zin dat er voldoende garanties moeten worden ingebouwd, bijvoorbeeld naar gewelddadige partners toe of het doorgeven van de verblijfplaats van ouder en kind aan derden.

Bovendien is het belangrijk dat alle **gerief** en spullen die nodig zijn voor de opvoeding en ontwikkeling van het kind aanwezig is. Dit houdt onder meer in: alles voor de voeding van de baby en voor een gezonde voeding voor kinderen van diverse leeftijden, alles voor de verzorging en de gezondheid van de baby en van het jonge kind, kinderbedjes, kleine en grotere bedden, aangepaste lakens en dekens, babyfoon, fopspeen, kledij voor diverse leeftijden, park, kinderwagen, buggy, eetstoel, maxi-cosi, autostoel, fietsstoel,… (cf. bijlage 3).

Ten slotte moet de voorziening voldoende **kind-vriendelijk** en **stimulerend** zijn:

- de structuur van de voorziening en de indeling van de verschillende ruimtes moet voldoende overzichtelijk zijn voor het kind en voorwerpen moeten zo veel mogelijk een vaste plaats hebben
- te veel en onnodige veranderingen binnen de infrastructuur en de ruimtes moeten vermeden worden
- er dient spelmateriaal en speelgoed aanwezig te zijn dat aangepast is aan de verschillende ontwikkelingsleeftijden en –mogelijkheden van elk kind
- uithangen van een dag- en weekschema kan structuur en duidelijkheid bieden voor het kind
- er dienen mogelijkheden te zijn om werkjes die het kind gemaakt heeft uit te hangen
- probeer gezelligheid en huiselijkheid te creëren door bijvoorbeeld de aanwezigheid van kussens, zetels, planten, divers spelmateriaal, leuke kasten,…
- verder dienen onder meer aanwezig te zijn: diverse kinderfietsen, gezelschapsspelen, leesboeken, een kinderklok, papier, allerlei kleur-, teken- en

schrijfgerief, knutselmateriaal, speeltuigen in de tuin (bijvoorbeeld schommel, glijbaan, zandbak),…
- ook kan ervoor gekozen worden om één of meer huisdieren te houden.

Een stimulerende en ‘voedende’ omgeving kan op zich reeds voldoende zijn om een aantal ontwikkelingsproblemen en –achterstanden te remediëren en is soms belangrijker dan het aanbieden van complexe programma’s (Whiteside-Mansell et al., 1999).

5.2.3. Kinderopvang

Het organiseren van kinderopvang op weekdagen (uitgezonderd op woensdag) is noodzakelijk zodat de ouder een therapeutische behandeling kan volgen om aan de eigen problematiek te werken. Bovendien wordt de ouder op die manier af en toe ontlast van de continue zorg voor haar kind(eren).

Wat betreft de **niet-schoolgaande kinderen** (tussen 0 en 3 jaar) zijn er twee opties mogelijk: Enerzijds kan men ervoor kiezen om de kinderen naar een **reguliere kinderopvang** te brengen binnen het eigen dorp of de stad waar de voorziening gevestigd is.
Uiteraard heeft deze keuze implicaties voor de rest van de programma-invulling: wanneer het kind naar een regulier kinderdagverblijf gaat, is er minder tijd om specifieke ontwikkelings-stimulerende elementen voor het kind in het programma in te bouwen en zijn er minder mogelijkheden om het gedrag en de ontwikkeling van het kind te observeren. Anderzijds kan het samenzijn met andere kinderen binnen een regulier kinderdagverblijf positief zijn voor de ontwikkeling van het kind. Bovendien kan stigmatisering van ouder en kind vermeden worden omdat het kind niet naar een ‘speciaal’ kinderdagverblijf gaat. Een kinderdagverblijf kan voor de ouder ook een belangrijke toegangspoort zijn om nieuwe contacten te leggen met andere ouders. De keuze voor het inschakelen van reguliere kinderopvang kan uiteraard ook bepaald worden door pragmatische en/of financiële redenen.
Men kan er ook voor kiezen om een **eigen specifieke kinderopvang** te creëren in de voorziening zelf[14]. Enerzijds wordt deze keuze bepaald doordat men ervan uitgaat dat de meeste kinderen van een drugverslaafde ouder nood hebben aan extra, specifieke ondersteuning. Binnen een dergelijke kinderopvang zou men vlugger en specifieker kunnen inspelen op mogelijke ontwikkelingsproblemen bij het kind.
Tegelijk zou zo’n kinderopvang laagdrempeliger zijn voor de opgenomen ouder en wordt ze er minder ‘bekeken’. Er kunnen ook specifieke opvoedingsondersteunende initiatieven naar de ouder toe worden genomen die rekening houden met de ouder en waarbij er van beide zijden een grote betrokkenheid kan ontstaan (bijvoorbeeld de ouder kan eens mee-eten in het kinderdagverblijf; de begeleiders van het kinderdagverblijf kunnen op regelmatige basis individuele gesprekken doen met de ouder, wat vaak minder bedreigend is voor de ouder dan wanneer dit gebeurt door iemand van het ouderprogramma,...).
Zoals reeds aangegeven is het voor **pasgeboren kinderen** aangewezen dat die wél nog een periode volledig bij de moeder zijn – dus dat de moeder geen of een beperkt programma volgt en het kind nog niet naar het kinderdagverblijf gaat (cf. het ouderschapsverlof).

Schoolgaande kinderen (ouder dan 2,5 of 3 jaar) gaan naar een school in de buurt.

---

[14] Voor meer uitleg omtrent de eigenlijke uitbouw en werking van deze kinderdagverblijven verwijzen we naar De Woezel (Stichting Parnassia, Den Haag) (Fox-Gorter & de Groot, 1996), het kinderdagverblijf van De Lage Kamp in Paterswolde (Dr. Kuno van Dijk Stichting, Paterswolde) en naar Coletti et al. (1997).

5.3 HET BEHANDELEND TEAM

- **Samenstelling**

Wat de samenstelling van het behandelend team betreft[15], dienen in het algemeen vier 'soorten' deskundigheid aanwezig te zijn (Aldridge, 1999):

- *kennis omtrent de elementen van de ouderproblematiek en specifiek omtrent verslaving*
- *kennis omtrent de kindontwikkeling en ontwikkelingsproblemen; kennis omtrent diverse vormen van ondersteuning en begeleiding van kinderen*
- *kennis omtrent de ouder-kindinteractie en de opvoeding; kennis omtrent methodieken van opvoedingsondersteuning*
- *kennis omtrent diverse contacten met de omgeving.*

Een *ideaaltypische* **samenstelling** – waarin bovenstaande lijnen duidelijk naar voor komen – ziet er als volgt uit:

- een team(bege)leider en/of een afdelingshoofd
- een psycholoog of psychotherapeut
- begeleiders/drughulpverleners en nachtbegeleiders
- een therapeut en/of een creatief therapeut
- een speltherapeut en/of psychomotorisch therapeut

- een maatschappelijk assistent en/of een gezins-/systeemtherapeut
- een orthopedagoog/pedagoog en/of een kinderpsycholoog of -therapeut
- één of meerdere pedagogisch medewerkers
- een verpleegkundige en een dokter/psychiater/pediater
- indien de voorziening een eigen kinderdagverblijf heeft, dient hier ook de nodige omkadering te worden voorzien.

Uiteraard kunnen sommige functies of taken door één persoon opgenomen worden en is het niet noodzakelijk dat àlle bovenvermelde disciplines aanwezig zijn in het behandelend team. De uiteindelijke samenstelling van het team zal afhankelijk zijn van de grootte van de voorziening, de financiële mogelijkheden en de deskundigheid die bepaalde teamleden bezitten.

Verder kan men zich de vraag stellen in welke mate de teamleden zelf al dan niet **ouder** moeten of mogen zijn om met deze doelgroep te kunnen werken. Het is ook belangrijk om binnen de voorziening na te denken over de voor- en nadelen van een team waarin alle teamleden vrouwen zijn of een team met zowel **mannen** als vrouwen (cf. Brown et al., 1996).

[15] Naast het behandelend team dienen uiteraard ook mensen aangeworven te worden voor het invullen van directiefuncties, administratieve medewerkers,…

- **Opsplitsing**

Aansluitend bij het gegeven dat er in het behandelend team diverse kennis moet aanwezig zijn, kan ook de vraag gesteld worden in welke mate er een onderscheid moet gemaakt worden tussen teamleden die zich richten op de ouder en teamleden die zich voornamelijk op het kind richten. Zo wordt in sommige voorzieningen de visie gehanteerd dat zowel ouder als kind worden opgenomen, zodat ook twee **aparte teams** functioneren binnen de voorziening – uiteraard met onderling heel wat overleg. Bijkomend kan hier de vraag gesteld worden waar het opvoedingsaspect dan een plaats krijgt – is dit binnen het 'kindteam' of hoort dit eerder thuis in het 'ouderteam' of hoort dit bij beide?
Uiteraard hangt dit alles samen met de specifieke visie die in de voorziening gehanteerd wordt en de manier waarop de behandeling wordt vorm gegeven (in welke mate wordt een eigen programma voor de kinderen gecreëerd, heeft elke ouder naast een eigen individuele begeleider ook een pedagogisch begeleider,…?).

In elk geval moet in het behandelend team duidelijkheid gecreëerd worden omtrent de vraag of bepaalde teamleden '**belangenbehartiger**' ('pleitbezorger') worden van kind of ouder en op welke manier dit kan gebeuren. Indien dit onuitgesproken in een team wordt geïnstalleerd, kan dit voor belangrijke onderlinge spanningen en twistpunten zorgen.

- **Overlegmomenten**

Voldoende frequente overlegmomenten met alle betrokkenen zijn heel belangrijk: om gedrag te interpreteren en er op de juiste manier mee om te gaan en op in te spelen moet men over voldoende informatie beschikken. Indien er niet voldoende overleg is tussen de verschillende teamleden, zal belangrijke informatie verloren gaan, zal onvoldoende ingespeeld worden op belangrijke gebeurtenissen en bestaat het gevaar dat tegengestelde interventies plaatsvinden door verschillende teamleden.

Indien de ouder-kindvoorziening verbonden is aan een bestaand therapeutisch programma waar ook bewoners zonder kinderen verblijven, dient uiteraard heel wat overleg te gebeuren tussen deze twee teams en stelt zich de vraag in welke mate deze teams apart werken, dan wel als een geïntegreerd team functioneren.

Welke teamleden op welke overlegmomenten en teamvergaderingen aanwezig zijn, kan heel wisselend zijn, maar in elk geval dient voor voldoende momenten gezorgd te worden waarop alle teamleden aanwezig zijn en dient er een goede en adequate doorstroming van informatie te zijn naar de teamleden die niet aanwezig zijn tijdens deze vergaderingen.

- **Bijscholing**

Naast deze overlegmomenten en teamvergaderingen moet er binnen het werkrooster van het personeel ook voldoende ruimte gemaakt worden voor bijkomende opleiding, intervisie en supervisie.
Een bijkomende **opleiding** kan kort- of langdurend zijn, kan vrij algemeen zijn en gericht op alle personeelsleden (bijvoorbeeld een bepaald theoretisch kader) of het kan gaan om een heel specifieke deskundigheid waarin één of twee personeelsleden opgeleid worden (bijvoorbeeld video-hometraining).
Supervisie is heel belangrijk naar de eigenlijke werking toe binnen het team en binnen de omgang met de cliënten (Mosley, 1996). Het bespreekbaar stellen van de eigen handelswijze of visie en het uitklaren van bepaalde onderliggende mechanismen staan hier centraal. Supervisie gebeurt meestal in het eigen team, eventueel met begeleiding van een externe supervisor.

Intervisie tenslotte biedt mogelijkheden aan teamleden om bepaalde problemen waarmee men in de werksituatie wordt geconfronteerd en waar men niet uitraakt verder uit te diepen met een externe deskundige of een groep mensen vanuit dezelfde discipline (bijvoorbeeld een intervisiegroep van creatief therapeuten).

SAMENVATTEND
HOOFDSTUK 5: STRUCTURELE ASPECTEN VAN DE VOORZIENING

5.1 Capaciteit en doelpubliek

De voorziening dient vast te leggen hoeveel ouders ze zal opnemen en hoeveel kinderen elke ouder maximaal kan meebrengen en of ze al dan niet ook zwangere vrouwen, vrouwen zonder kind, koppels of vaders met kinderen zal opnemen. De voorziening dient ook vast te leggen wat de minimum- en maximumleeftijd van ouders en kinderen kan zijn.
Een verscheidenheid aan combinaties is dus mogelijk:
- centra voor moeders met jonge kinderen (0 tot 6 jaar)
- centra voor moeders met kinderen (0 tot 12 jaar of 0 tot 18 jaar)
- centra voor ouders met kinderen (alleenstaande vaders/moeders, koppels met kinderen)
- centra voor vrouwen en moeders.

5.1 Infrastructuur

Om ouders met kinderen op te nemen dient de voorziening een aantal structurele aanpassingen door te voeren:
- de voorziening dient keuzes te maken op het vlak van infrastructuur: kiezen voor gemeenschappelijke leefruimtes of voor aparte woonruimtes; ook wat betreft de slaapkamers zijn er verschillende mogelijkheden
- er dient voldoende ruimte te zijn en voldoende ontmoetings- en afzonderingsplaatsen; verder dienen er een tuin, bezoek- en gespreksruimtes, ruimtes voor het team en aangepaste therapieruimtes voor ouders en kinderen te zijn.

Ook de aanwezigheid van kinderen vereist een aantal specifieke aanpassingen: de voorziening moet voldoende veilig zijn, er moet allerhande materiaal aanwezig zijn dat nodig is voor een goede verzorging, voeding en ontwikkeling van het kind en de voorziening moet kindvriendelijk en stimulerend zijn.
Er dient kinderopvang te worden georganiseerd voor de kleine kinderen (0 – 3 jaar). Dit kan binnen het reguliere circuit of in een speciaal kinderdagverblijf van de voorziening zelf. Kinderen ouder dan 3 jaar gaan naar een gewone school.

5.3 Het behandelend team

In het behandelend team dient uiteenlopende kennis en deskundigheid aanwezig te zijn, met name kennis omtrent de specifieke problematiek van de ouder, de ontwikkeling van het kind, de opvoeding en contacten met de omgeving (met gezin en familie, het sociaal netwerk, het professionele ondersteuningsnetwerk en sociaal-administratieve begeleiding).
Er dient bij de invulling van het behandelend team aandacht te zijn voor de samenstelling van het team naar deskundigheid, leeftijd, al dan niet zelf ouder zijn en sekse.
Binnen het behandelend team dient duidelijkheid te zijn omtrent de 'belangenbehartigers' van zowel ouder als kind (met eventueel zelfs een opsplitsing in een ouder- en een kindteam).
Er moet voldoende ruimte en tijd gecreëerd worden voor overlegmomenten op diverse niveaus. Verder dient er ruimte te zijn voor bijkomende opleiding, supervisie en intervisie.

HOOFDSTUK 6:
HET PROGRAMMA

6.1 ALGEMENE ELEMENTEN

- **Apart programma of niet?**

In de opbouw van het programma zijn twee richtingen mogelijk: enerzijds is er de optie dat ouders overdag hetzelfde programma volgen als andere cliënten (zonder kind) in de voorziening (weliswaar met enkele specifieke programmamomenten rond ouderschap en opvoeding enkel voor ouders); anderzijds kan ervoor geopteerd worden om een volledig apart programma uit te bouwen voor drugverslaafde ouders.

Binnen de eerste optie volgt de ouder overdag een apart therapeutisch programma – niet specifiek voor *ouders* – en 's avonds neemt ze de zorg voor haar kind op. Men gaat er hierbij van uit dat het in de eerste plaats de ouder is die nood heeft aan een therapeutisch programma om aan de eigen persoonlijke problemen te kunnen werken. Een element dat bij deze keuze meespeelt, kan ook zijn dat de capaciteit van de ouder-kindvoorziening te beperkt is om een eigen programma te kunnen uitbouwen voor deze ouders.

De keuze voor de tweede optie, waarbij een eigen ouderprogramma wordt uitgebouwd, vloeit onder meer voort uit de vaststelling dat de combinatie van het volgen van het programma in de therapeutische gemeenschap en tegelijk het zorgen voor het kind door veel ouders als bijzonder zwaar ervaren wordt[16]. Bovendien worden beide programma's soms tegen elkaar uitgespeeld of wordt een belangrijk proces in één van beide leefgemeenschappen doorkruist door elementen uit het andere programma. Tenslotte lijkt er bij combinatie soms weinig tijd over te zijn voor specifieke programma-elementen omtrent opvoeding en ouderschap.

- **Evenwichtig**

In het programma moet er evenwicht zijn tussen diverse onderdelen: momenten voor de ouder apart, momenten voor het kind alleen en momenten voor ouder en kind samen (Brown et al., 1996). Dit impliceert dat de programma's van ouder en kind op elkaar afgestemd moeten zijn (zowel het dagprogramma als bijvoorbeeld tijdens avonden, weekends en vakanties).
De momenten dat ouders en kinderen samen zijn, zijn belangrijk om de band tussen ouder en kind te bevorderen en om de ouder als 'ouder' aan te spreken (verantwoordelijkheid nemen). Toch moet telkens rekening gehouden worden met de individuele draagkracht van elke ouder, zeker gezien ze ook de zware taak heeft om haar eigen therapeutisch proces te doorlopen.
Tenslotte is het belangrijk dat er groepsmomenten zijn voor àlle ouders en kinderen samen.

[16] Lammie Lamberts (De Lage Kamp), persoonlijke communicatie.

- **Op maat**

Ondanks het belang en de voordelen van een groepsgerichte benadering is het belangrijk dat er in het programma ook ruimte is om tegemoet te komen aan de diverse **individuele noden** van elke ouder en elk kind. Dit impliceert dat per cliënt (ouder/kind) en per gezinssysteem een individueel handelingsplan wordt opgesteld waarin doelstellingen en de hieraan gekoppelde interventies worden uitgediept.
Dit betekent tevens dat er in het programma ruimte moet zijn voor specifieke aanpassingen van het programma naargelang de noden en mogelijkheden van elke cliënt (bijvoorbeeld bepaalde problemen van het kind op emotioneel, sociaal, ontwikkelings- of medisch vlak kunnen het engagement of de deelname van de ouder in het programma beïnvloeden) (Stevens et al., 1997). Dit betekent eveneens dat ook specifieke individuele ondersteuning rond bepaalde aspecten een plaats moet kunnen krijgen binnen het bestaande groepsgerichte programma.
Het is in die zin belangrijk dat er in het programma een zekere **flexibiliteit** mogelijk is, bijvoorbeeld wanneer het kind ziek is of bij onverwachte aan- of afwezigheid van het kind. Deze flexibiliteit houdt bijvoorbeeld ook in dat de rol en attitude van de begeleiding kan verschillen naargelang de groepssamenstelling in de ouder-kindvoorziening (bijvoorbeeld wanneer er enkel ouders zijn die nog maar kort in de voorziening verblijven).

- **Omvattend**

Gezien deze gezinnen meestal een complexe problematiek van onderling verweven problemen hebben, moet het programma inspelen op deze diverse problemen. Daarom dient uitgegaan te worden van een **omvattend** programma (Graham et al., 1997; Nair et al., 1997) waarin ondersteuning van ouder en kind, ondersteuning van de banden met de omgeving en opvoedingsondersteuning in een geïntegreerd geheel samenkomen (Hawley et al., 1995). Bovendien is het belangrijk dat het gaat om een **comprehensief** en **holistisch** programma waarbij de diverse elementen op elkaar aansluiten en onderling verbonden zijn (Schumacher et al., 1996; Sproet & Vos, s.d.).

- **Gestructureerd**

Zowel voor het kind als voor de ouder is het van fundamenteel belang dat de **dag- en week-structuur** duidelijk en voorspelbaar zijn. Dit is zeker belangrijk gezien de vaak heel chaotische leefsituatie van deze gezinnen vóór de opname. Bovendien geeft een duidelijke structuur zekerheid en veiligheid en een gevoel van controle over de situatie (Graham et al., 1997).
Overgangsprocedures om van de ene activiteit naar de andere over te gaan zijn belangrijk voor het kind.

- **Veilig**

Het is belangrijk dat het programma voldoende veiligheid biedt, zowel voor de ouder als voor het kind (Graham et al., 1997). Duidelijke regels kunnen hiertoe bijdragen.

We denken onder meer aan:

- verbod op het binnenbrengen, verhandelen en gebruik van alcohol en drugs
- enkel gebruik of bezit van medicatie die door een dokter werd voorgeschreven
- het gebruik van geweld of het dreigen ermee, in welke vorm dan ook, zowel tegenover het kind als tussen cliënten onderling, is verboden
- verbod om tegen het kind te spreken over de zin om weg te gaan uit het programma of om opnieuw drugs te gaan gebruiken
- verbod op seksuele contacten tussen cliënten onderling
- garantie van de privacy van ouder en kind (bijvoorbeeld er is enkel bezoek toegelaten in de bezoekruimtes, bezoekers mogen niet op de kamer of in gemeenschappelijke ruimtes)
- de ouder is steeds verantwoordelijk voor haar kind; andere ouders of bewoners kunnen deze verantwoordelijkheid nooit overnemen (dit betekent bijvoorbeeld ook dat aan tafel ouder en kind(eren) steeds samen zitten)
- iedere bewoner is verplicht aan het programma deel te nemen
- iedere bewoner maakt een weekplanning.

Daarnaast kunnen nog andere reglementen gehanteerd worden (bijvoorbeeld afspraken en verplichtingen omtrent briefwisseling, telefoneren, activiteiten buitenshuis, storten van het inkomen, verbod op het lenen van geld, terugbetalen van bepaalde vernielingen,…). Gezien deze afspraken en reglementen niet specifiek zijn voor drugverslaafde ouders gaan we er hier niet verder op in.

Indien het programma een onderdeel is van een bestaande voorziening waar ook cliënten zonder kinderen zijn, moeten afspraken gemaakt worden over de omgang van deze bewoners met de kinderen (zie 6.5.2).

- **Gefaseerd**

De bestaande ouder-kindprogramma's kennen meestal een gefaseerd verloop. Fasering biedt een kader om een aantal grenzen en mogelijkheden in een bepaalde fase aan te geven. In die zin is fasering een **middel** om vrijheden en verantwoordelijkheden te geven. Ook de invulling van het programma verschilt meestal in de verschillende fasen. De overgang naar een volgende fase wordt bepaald door de evolutie die de cliënt doormaakt op diverse terreinen.

Naast de vraag welke fasen onderscheiden moeten worden en welke vrijheden en verantwoordelijkheden hieraan gekoppeld kunnen worden, stellen zich bij de behandeling van drugverslaafde ouders met kinderen nog twee bijkomende **vragen**.
Vooreerst kan de vraag gesteld worden of in de behandeling van drugverslaafde ouders een ander fasenmodel moet gehanteerd worden dan bij drugverslaafden zonder kinderen.
Ten tweede stelt zich ook de vraag in welke mate opvoedingselementen en de omgang van de ouder met haar kind een rol kunnen spelen in de bepaling of een ouder de overgang naar een volgende fase kan maken. Naar het kind toe is het belangrijk om als algemene regel te hanteren dat wanneer er zich tijdens het programma (doordat de ouder een basisregel overtreedt) een terugplaatsing naar een vorige fase voordoet, de ouder toch de nodige modaliteiten behoudt om zelf de zorg voor haar kind in de voorziening te blijven opnemen.

*We beschrijven hier het fasenmodel van de **Tipi** met de hieraan gerelateerde vrijheden en beperkingen.*

*Zoals reeds aangegeven bestaat de eigenlijke behandelfase binnen een therapeutische gemeenschap meestal uit drie fasen: een **beginfase** waarbij er veel restricties zijn en waarbij het accent op observatie en kennismaking ligt; een **middenfase** waar de eigenlijke behandeling centraal staat en er gaandeweg meer vrijheden verworven worden en een **eindfase** waarbij resocialisatie en reïntegratie in de maatschappij centraal staan.*

*In de **eerste fase** van het programma kan een moeder niet alleen zijn in de Tipi. Er wordt uitgegaan van de solidariteit van andere moeders die reeds in een verdere fase van het programma zitten om aanwezig te zijn in de Tipi in functie van de jongste moeder(s). Indien er in de Tipi enkel moeders zijn die nog in fase 1 zitten, zal de Tipi-begeleiding aanwezig zijn of kan een oudere bewoner (zonder kinderen) aanwezig zijn in de Tipi, weliswaar op een discrete manier. Overdag kan dit een mannelijke bewoner zijn; na 21u kan er geen man alleen zijn in de Tipi met de moeders en/of de kinderen.*
Wat betreft het alleen naar buiten gaan, kunnen moeders in de eerste fase enkel naar buiten gaan indien het noodzakelijk is voor het kind (bijvoorbeeld kopen van kledij, consultaties bij de dokter, oudercontact,…). Daarnaast kunnen ook bepaalde activiteiten georganiseerd worden in functie van het kind (bijvoorbeeld zwemmen, naar de bibliotheek of de speeltuin gaan,…). Al deze activiteiten worden begeleid, bij voorkeur door 'oudere' moeders ofwel door een oudere bewoner.
In een eerste fase kunnen de moeders op regelmatige basis bezoek aanvragen van familie in het belang van het kind. In de eerste fase wordt dit bezoek steeds begeleid, bij voorkeur door een vaste begeleider.
In het algemeen kan wel gesteld worden dat, aangezien de moeders niet alleen verantwoordelijk zijn voor zichzelf, maar ook voor hun kind(eren), zij sneller blijk zullen moeten geven van de nodige verantwoordelijkheidszin en zij ook sneller een aantal vrijheden zullen hebben (in vergelijking met andere bewoners zonder kind).

*In de **tweede fase** kan de moeder stap voor stap voorstellen doen om af en toe alleen te zijn in de Tipi. Het alleen zijn in deze fase wordt dus opgebouwd. Vanaf fase 2 kan de moeder ook een huissleutel van de Tipi aanvragen. Dit wordt besproken in de Tipi-groep.*
Wat betreft familiebezoeken en activiteiten buitenhuis gelden in het begin van de tweede fase dezelfde afspraken als in fase 1. Halverwege fase 2 kan de moeder wel voorstellen doen om een aantal activiteiten buitenhuis alleen te doen. Een moeder in fase 2 kan ook zelf voorstellen om een jongere moeder op een buitenhuisactiviteit te begeleiden.

*In de **derde fase** kan de moeder alleen in de Tipi verblijven, alleen naar buiten gaan en kan zij ook voorstellen om met haar kind op weekend te gaan naar familie. Uiteraard gebeurt dit alles met de nodige voor- en nabespreking en op voorwaarde dat de moeder stabiel is in het programma.*

- **Langdurig**

De duur van residentiële ouder-kindprogramma's is meestal vrij lang, zelfs soms nog langer dan voor bewoners zonder kinderen. Toch zijn er grote verschillen in de duur van de verschillende bestaande programma's. De duur van de residentiële behandeling varieert van 6 tot 15 maanden. Ook de duur van de ambulante (nazorg)fase varieert sterk, gaande van 6 tot 12 maanden. Uit onderzoek blijkt dat de kans op een drugvrij bestaan sterk afhankelijk is van de verblijfsduur in het programma (De Leon, 1991).

- **Behandelingsomgeving**

Eerder werd reeds ingegaan op een aantal structurele aspecten van de voorziening. Nauw samenhangend met deze elementen willen we hier nogmaals het belang van de behandelingsomgeving aanhalen. De condities waarbinnen een behandeling plaatsvindt kunnen immers de behandeling bevorderen of juist tegenwerken. Een weloverwogen vormgeving van de behandelingsomgeving is onmisbaar voor een kwaliteitsvolle en effectieve behandeling.
Zo is het essentieel dat de omgeving aansluit bij en tegemoetkomt aan de mogelijkheden en beperkingen van de bewoners. Het feit dat het hier gaat om ouders met jonge kinderen stelt specifieke eisen aan de omgeving. Dit betreft onder andere **materiële condities** (bijvoorbeeld veiligheid, kindvriendelijkheid, hygiëne, behandelingsruimtes) (cf. hoofdstuk 5), de **organisatie** van de behandeling, de **attitude** en **deskundigheid** van de hulpverleners en het behandelingsklimaat (Sproet et al., 2001).
Het **behandelingsklimaat** verwijst vooral naar het leven van alledag: dit is immers de plaats waar – in relatie met het kind en de ouder, met de andere kinderen en ouders en met de stafleden – in gang gezette veranderingen verder geconcretiseerd en geconsolideerd worden (ibid.). De kwaliteit van de diverse interacties (interacties tussen stafleden onderling, stafleden en ouders en kinderen en tussen de ouders en kinderen onderling) hebben immers een bijzonder belangrijke invloed op de uiteindelijke kwaliteit van de behandeling in zijn geheel. Aandacht voor dit klimaat in zijn diverse facetten is dan ook van groot belang.

- **Dagindeling**

Bij de dagindeling moet een **zo gewoon mogelijke** dagindeling van een gezin worden nagestreefd. Uiteraard zijn heel wat dagindelingen mogelijk, afhankelijk van de leeftijd van het kind, de afstand tot het kinderdagverblijf of de school, inhoudelijke elementen van het programma,….
In elk geval is het belangrijk dat er in het programma van de ouder voldoende tijd wordt voorzien om de overgang te maken van thuis naar het programma en omgekeerd. Dit betekent dat 's morgens tijd moet voorzien worden voor de ouder om zich in te stellen op het vertrek naar het therapeutisch programma en dat ook 's avonds tijd moet voorzien zijn om terug de overstap te maken van het programma naar het opnemen van de zorg voor het kind.

De dagindeling op **woensdag** en in het **weekend** is anders, gezien het kind dan thuis is. Op deze dagen kan een minder strakke dagindeling gehanteerd worden, waarbij ook tijd is voor het huishouden, bepaalde buitenhuisactiviteiten, enzovoort. Toch is het belangrijk dat deze daginvulling sterk begeleid wordt, gezien deze ouders voor hun opname vaak een weinig gestructureerd leven hadden. Vaak hebben ze ook geen zicht op hoe vrije dagen of weekends zinvol – ook voor het kind – kunnen ingevuld worden. In die zin kan het belangrijk zijn dat ouders elke week een **weekschema** opstellen waarbij gedetailleerd wordt aangegeven (van uur tot uur) wat ze zullen doen (cf. bijlage 4). Indien nodig dient de ouder bij het opstellen van dit schema de nodige ondersteuning te krijgen en is het van belang om ook feedback te geven op het voorgestelde weekschema.

Ook tijdens **vakanties** of vrije schooldagen is het belangrijk om voldoende ruimte te maken voor de aanwezigheid van het kind en hier eventueel een meer flexibele dagindeling te hanteren. Toch dient men ook hier telkens opnieuw samen met de ouder te zoeken naar een duidelijke en zinvolle daginvulling.

6.2 ONDERSTEUNING VAN DE OUDER

6.2.1 Assessment en diagnostiek

Tijdens de diverse stappen van de opnameprocedure (intakegesprek, onthaalperiode,…) zijn reeds heel wat gegevens verzameld over de voorgeschiedenis en het huidig functioneren van de ouder. Het is belangrijk dat deze gegevens binnen de eigenlijke behandelfase betrokken worden. Een goede communicatie tussen de diverse teams is dan ook essentieel.

Naast deze algemene intakegegevens omtrent het functioneren van de ouder en omtrent het ouderschap moet in deze diagnostische fase aandacht besteed worden aan mogelijke psychische en/of psychiatrische problemen bij de ouder (via vragenlijsten en/of via een psychiatrisch onderzoek). Uiteraard is het stellen van een psychiatrische diagnose niet zo eenvoudig, enerzijds gezien de comorbiditeit met de verslavingsproblematiek en een eventueel hieraan gerelateerde persoonlijkheidsstoornis; anderzijds doordat een aantal symptomen die bij psychiatrische stoornissen kan voorkomen ook typerend kan zijn voor bepaalde klachten bij een zwangerschap (bijvoorbeeld angst, agitatie, gebrek aan energie, slapeloosheid) (Grella, 1996).

Er kan eventueel ook overwogen worden om bepaalde diagnostische instrumenten systematisch af te nemen, onder meer in functie van een wetenschappelijke, grondige evaluatie van het programma (bijvoorbeeld Addiction Severity Index, Symptom Checklist – 90, Beck Depression Inventory, de Vragenlijst 'Middelgerelateerde Verwachtingen',…) (Schumacher et al., 1996; Sproet et al., 2001).

6.2.2 Programma-elementen

- **Algemeen**

Uiteraard geeft het bestaande aanbod van ouder-kindprogramma's een grote diversiteit weer van mogelijke elementen en interventies. Binnen een ouder-kindprogramma zijn enerzijds aspecten van de omgeving en van het samenleven van verschillende ouders en hun kinderen belangrijk en anderzijds is er het concrete programma dat op diverse manieren kan ingevuld worden. Beide aspecten worden hier besproken.

We willen nog even benadrukken dat het belangrijk is om er rekening mee te houden dat drugverslaafde **vrouwen** vaak nood hebben aan een **minder confronterende** benadering. Dit is noodzakelijk omdat druggebruik bij vrouwen soms een symptoom is waarmee een geschiedenis van misbruik wordt gemaskeerd en omdat heel wat drugverslaafde vrouwen kampen met een laag zelfbeeld (Coletti et al., 1997) (cf. hoofdstuk 1).
Bovendien is ook de stigmatisering en marginalisering een belangrijk element om in de behandeling niet zozeer uit te gaan van 'confrontatie' als centraal element, maar eerder te vertrekken van een visie waarbij '**empowerment**' centraal staat. Dit is een visie die gericht is op het versterken en uitbreiden van de eigen mogelijkheden en de nadruk legt op de krachten en sterktes van deze vrouwen (Mosley, 1996). 'Herstel' in plaats van 'behandeling' (Grella, 1996).

- **De omgeving en het samenleven**

Bovenstaande algemene uitgangsvisie impliceert dat het van fundamenteel belang is om er in eerste instantie voor te zorgen dat de vrouw met haar kind in een **omgeving** terechtkomt waar ze zich op haar gemak kan voelen, waar ze rust kan vinden, structuur en duidelijkheid.

Indien deze basisvoorwaarden niet aanwezig zijn, is het onmogelijk om voldoende vertrouwen te creëren, zodat ook andere aspecten – zoals de persoonlijke problematiek of de opvoeding – binnen de begeleiding aan bod kunnen komen.

Naast de omgeving neemt het **samenleven** van diverse ouders en kinderen[17] een heel belangrijke plaats in binnen het programma. Het maken van afspraken en het opnemen en nakomen van diverse verantwoordelijkheden zijn belangrijk bij het terug herstellen van een dagelijks leefritme. Het is dan ook belangrijk dat de ouder van bij het begin betrokken wordt in de dagelijkse gang van zaken in huis (boodschappen doen, eten koken, afwassen, opruimen,…) en dat ze daar zoveel mogelijk zelf voor **verantwoordelijk** is.
Het is echter van belang dat het krijgen en opnemen van verantwoordelijkheden op een **gefaseerde** manier gebeurt. Dit impliceert vooreerst dat bepaalde verantwoordelijkheden niet aan een ouder mogen worden overgelaten voor iemand er werkelijk klaar voor is. Dit is niet alleen belangrijk voor het zelfvertrouwen van de ouder, maar dit zorgt er ook voor dat de omgeving gestructureerd en voorspelbaar blijft.
Anderzijds impliceert dit ook dat gericht toezicht en aanwezigheid (door stafleden en/of door bewoners die reeds in een verdere fase van het programma zitten) van groot belang zijn (Sproet et al., 2001). Het is uiteraard ook zo dat wanneer de ouder voldoende blijk geeft van verantwoordelijkheidszin voor zichzelf en het kind, zij ook de nodige ruimte en het vertrouwen moet krijgen om zelfstandig verantwoordelijkheden te dragen.

Tenslotte willen we er nog aan toevoegen dat het samenleven in een veilige omgeving ook toelaat dat ouders met pas geleerde vaardigheden kunnen experimenteren (Killeen & Brady, 2000).

[17] Indien het programma gekoppeld is aan een bestaande T.G.-werking impliceert dit bovendien het samenleven van verschillende bewoners.

- **Mogelijke programmaonderdelen**

- Een eerste luik betreft de **persoonlijke verslavings- en psychische problematiek** van de ouder. Het is belangrijk dat deze problematiek op diverse manieren aan bod kan komen, bijvoorbeeld tijdens individuele begeleiding, gespreksgroepen onder leiding van een therapeut, encoutergroepen, non-verbale therapieën (bijvoorbeeld creatieve therapie), themagroepen (bijvoorbeeld autonomiegroep, agressiegroep, vrouwengroep, dramagroep, terugvalpreventie,…), zelfhulpgroepen, lichaamswerk (bijvoorbeeld bio-energetica),….

- Binnen het therapeutisch programma voor ouders dienen elementen van het '**ouder zijn**' aan bod te komen (bijvoorbeeld schuld- en schaamtegevoelens, eigen jeugdervaringen,…).

- Het **leefgroepgebeuren** in al zijn aspecten dient een centrale plaats te krijgen binnen het programma. Dit betekent dat in het programma onder meer ruimte moet zijn voor:
  - het uitvoeren van diverse huishoudelijke taken (bijvoorbeeld koken, wassen, poetsen,…)
  - een leefgroepvergadering waarin diverse praktische aspecten van het leefgroep-gebeuren aan bod komen; groepsvergadering rond het samenleven en de groepssfeer
  - een bespreking van de week- en weekendplanning en weekendevaluatie
  - het gezamenlijk uitvoeren van dagelijkse activiteiten, sport en vakanties
  - mogelijkheden om elkaar op verantwoordelijkheden aan te spreken.

- **Het therapeutisch proces/behandelproces**: opmaken en bespreken van handelings-plannen (cf. bijlage 7).

- **Psycho-educatie** rond thema's als terugvalpreventie, gezondheid,…

- Het **sociaal-administratieve luik** met onder meer:
  - individuele begeleiding door een maatschappelijk assistent (aspecten van ouder én kind bijvoorbeeld kinderbijslag, familiale verzekering voor het kind,…)
  - groepen rond omgaan met budget, beheren van het huishouden, rekeningen betalen, schulden, administratieve taken,…
  - mogelijkheden tot het volgen van een opleiding of voorbereiding op een werksituatie (bijvoorbeeld vrijwilligerswerk).

- **Medische begeleiding:**
  - gewone medische begeleiding (dokter, tandarts, gynaecologische onderzoeken,…) en regelmatige urinecontroles
  - specifieke medische begeleiding bijvoorbeeld bij HIV-besmetting, hepatitis, seksueel overdraagbare aandoeningen,…
  - indien nodig: medisch-psychiatrische begeleiding
  - eventueel: detoxificatie en methadonverstrekking.

- **Sport**, massage, sauna, zwemmen,….

- **Buitenhuisactiviteiten**: in groep of alleen.

- **Bijkomende mogelijkheden** zijn onder meer: gebruik maken van 'verteltherapieën' (bijvoorbeeld poëzie, discussie- en dramagroepen) (Nardi, 1998), acupunctuur, massage, reflexologie, kunstklassen, atelierwerking , informatietechnologie, computeralfabetisering en –training, basisalfabetisering en creatief schrijven.

6.3 ONDERSTEUNING VAN HET KIND

6.3.1. Algemene elementen

- **Waarom een specifieke ondersteuning van het kind?**

Er kan een viertal **redenen** aangegeven worden waarom het belangrijk is dat er binnen de voorziening aandacht is voor het opzetten van specifieke ondersteuning voor het kind.
Vooreerst heeft een opname in een residentiële voorziening voor het kind heel wat implicaties; een verblijf in een residentiële voorziening binnen de verslavingszorg is helemaal niet vanzelfsprekend. Een andere omgeving, een andere dagstructuur, een andere school of kinderdagverblijf en bovendien ook een veranderende relatie met de ouder hebben een grote impact op het leven en de beleving van het kind. Aandacht voor die belevingen en ervaringen van het kind omtrent de opname in de voorziening is belangrijk voor het emotioneel welbevinden van het kind.

Hierbij aansluitend is het belangrijk dat het kind het gevoel heeft dat niet alle aandacht naar de ouder gaat, maar dat er ook specifieke aandacht is voor zijn beleving en noden.

> *"The children are in as much need of therapy as the mother and should not be overlooked by the treatment staff" (Kumpfer, s.d., p. 425).*

Ten derde heeft een aantal kinderen van drugverslaafde ouders specifieke ontwikkelings-problemen, zodat aandacht voor deze mogelijke ontwikkelingsproblemen noodzakelijk is (Derluyn et al., 2000).

Tenslotte kan het ook belangrijk zijn voor instanties en verwijzers die zich op de noden van het kind richten dat er binnen de opname van ouder en kind door de voorziening speciale en specifieke aandacht gaat naar het kind zelf (Aldridge, 1999).

- **Visie**

Het is belangrijk dat het team van de voorziening een eenduidige, gefundeerde visie heeft op de ondersteuning van het kind. Een centraal element hierin is de vraag wat de rol van de ouder kan zijn binnen deze ondersteuning van het kind. Gebeurt deze ondersteuning uitsluitend door één of meerdere teamleden of krijgt de ouder hier een taak in? Kronstadt (1991) stelt alvast dat de beste resultaten ontstaan wanneer hulpverleners werkrelaties kunnen creëren met de ouder omtrent de ondersteuning van het kind.

Deze vraag sluit aan bij de eerder aangehaalde vraag omtrent de mate waarin de verantwoordelijkheid voor het kind al dan niet overgenomen wordt door het team. In de meeste voorzieningen wordt er van uitgegaan dat de ouder *steeds* de eerste verantwoordelijke blijft voor haar kind(eren) (Graham et al., 1997). Ze blijft ook de eerste zorgverstrekker, uiteraard wel met enige ondersteuning van en sturing door het team. Uiteraard dient de zorg voor het kind overgenomen te worden van de ouder indien de veiligheid van het kind in het gedrang komt of indien het de ouder even te veel wordt.

- **Omgeving**

Naast een veilige en voldoende stimulerende omgeving is **structurering** voor deze kinderen extra belangrijk (Graham et al., 1997). Deze structurering geldt niet enkel voor de leefruimtes en de plaats van de voorwerpen, maar zeker ook voor de tijdsindeling, waarbij een vaste

dag- en weekstructuur noodzakelijk zijn (inbouwen van routines leidt tot voorspelbaarheid en gevoel van controle over de situatie). Het is belangrijk dat de omgeving voor het kind voorspelbaar, stabiel, veilig en stimulerend is (Schumacher et al., 1996).
Verder dient op elk moment en dit zowel in de ouder-kindvoorziening als in de voorziening voor de bewoners zonder kinderen een kindvriendelijk klimaat te zijn. Dit betekent onder meer geen confrontaties, conflicten of het gebruik van schuttingtaal waar de kinderen bij zijn, niet roken waar kinderen zijn, zorgen voor voldoende veiligheid, zorgen voor voldoende rust of zelfs volledige stilte indien kinderen slapen,…

- **Begeleiders**

De begeleiders spelen in het creëren van een stimulerende en structurerende omgeving een grote rol. Bovendien kunnen deze stafleden door hun omgang met het kind een belangrijke invloed uitoefenen op de ontwikkeling van het kind. De begeleiding kan door het opbouwen van een vertrouwensband met het kind ook het zelfbeeld van het kind helpen verbeteren. Tenslotte kan de begeleiding in haar manier van aanwezig zijn en omgaan met het kind ook de functie van rolmodel ten aanzien van de ouder innemen.

6.3.2 Observaties en diagnostiek

Regelmatige observatie en/of diagnostisch onderzoek zijn niet enkel belangrijk voor de vroegtijdige detectie van bepaalde ontwikkelingsproblemen, maar kunnen ook helpen om bepaalde specifieke noden van het kind te zien en er beter op in te spelen. Dit alles kan een preventieve werking hebben ten aanzien van het ontstaan van mogelijke ontwikkelings-problemen. Het is belangrijk dat deze observaties en diagnostiek regelmatig herhaald worden en dat hiervoor aandacht is vanuit de verschillende teamdisciplines.

- **Observaties**

Gedurende de opname dienen op regelmatige basis observaties van het kind te gebeuren, om zo vroeg mogelijk ontwikkelingsproblemen op te sporen en er adequaat te kunnen op inspelen. Vroege interventie bij ontwikkelingsproblemen is immers van het allergrootste belang (Juliana & Goodman, 1997). Het is hierbij aangewezen om gebruik te maken van een duidelijke observatielijst waarin diverse aspecten van het gedrag en de ontwikkeling van het kind aan bod komen. In bijlage 5 zijn enkele observatielijsten opgenomen.
Het is ook belangrijk om regelmatig **contact** te nemen met andere mensen die nauw in contact komen met het kind, zoals de leerkracht of de mensen van het kinderdagverblijf. Dit gebeurt bij voorkeur door de ouder zelf, eventueel met de nodige ondersteuning door een begeleider.

- **Diagnostisch onderzoek**

Naast het doen van observaties door teamleden kan binnen de voorziening ook diagnostisch onderzoek gebeuren door middel van bepaalde vragenlijsten.
Vooreerst kunnen systematisch (dus bij alle kinderen) **algemene vragenlijsten** worden afgenomen om mogelijke ontwikkelingsproblemen vroegtijdig op te sporen (bijvoorbeeld de Child Behavior Check List (CBCL), de Bayley Ontwikkelingsschalen voor kinderen van 2 tot 30 maanden, Observatielijst VroegTijdige Onderkenning Ontwikkelingsstoornissen,…) (Sproet et al., 2001). Het kan ook zinvol zijn om de ouder hierin te betrekken (bijvoorbeeld door haar de CBCL te laten invullen); eventueel kan het kinderdagverblijf of de school hierin betrokken worden.
Op basis van observaties kan er ook voor geopteerd worden om **specifieke vragenlijsten** af te nemen die peilen naar bepaalde ontwikkelingsproblemen (bijvoorbeeld Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Conduct Disorder (CD), autisme, leerproblemen,…).

Uiteraard moeten gespecialiseerde centra worden ingeschakeld bij een vermoeden van een bepaalde ontwikkelingsstoornis of bij twijfel (bijvoorbeeld revalidatiecentrum, centrum voor ontwikkelingsstoornissen), zodat diepgaand **diagnostisch onderzoek** kan gebeuren dat uitsluitsel brengt over de aanwezigheid en de aard van een bepaalde ontwikkelingsstoornis.

Tenslotte is het ook hier zinvol om navraag te doen naar de bevindingen van voorzieningen die reeds vroeger met het kind gewerkt hebben, zodat diverse perspectieven mee betrokken kunnen worden en er geen dubbel werk verricht wordt.

6.3.3 Lichamelijke gezondheid

Het is belangrijk dat er reeds bij de intake uitgebreid aandacht is voor de **medische voorgeschiedenis** van het kind (zwangerschap, geboorte, eerste levensjaar, volgende levensjaren,…) en de huidige gezondheidsstatus van het kind (bepaalde lichamelijke beperkingen, ziektes, medicatie,…).

Bij opname is een volledige **lichamelijke controle** van het kind door de dokter aangewezen. Ook daarna is het belangrijk dat er regelmatig **medische controles** gebeuren. In dit kader kan het zinvol zijn om een samenwerkingsverband af te sluiten met een **pediater**, zodanig dat bepaalde onderzoeken gemakkelijk kunnen plaatsvinden.

Daarnaast moet er **specifieke aandacht** zijn voor consultaties bij de tandarts, samenwerking met en consultaties door de diensten van Kind en Gezin, opvolging van de noodzakelijke vaccinaties bij elk kind (ook op iets oudere leeftijd) en de opvolging van bepaalde kinderziektes. Zo kan het handig zijn om een **overzichtsblad** bij te houden (voor begeleiding en ouder) waarin de diverse consultaties vermeld worden (dokter, tandarts, pediater, ziekenhuis, Kind en Gezin, vaccinaties, kinderziektes,…) met telkens de belangrijkste besluiten én aanbevelingen (bijvoorbeeld omtrent het toedienen van bepaalde medicatie) (zie bijlage 6).

6.3.4 Programma-elementen

- **Individueel handelingsplan**

Op basis van de observaties en de eventuele diagnostiek is het belangrijk dat per kind een individueel handelingsplan wordt opgesteld: Welke zijn belangrijke na te streven **doelstellingen** voor dit individuele kind en hoe zullen we die doelstellingen proberen in te vullen?
Het is van fundamenteel belang dat de **ouder** een grote rol krijgt bij het opstellen én concretiseren van een dergelijk handelingsplan, gezien zij op elk moment moet gezien worden als diegene die haar kind het beste kent en het beste weet wat nodig en goed is voor haar kind.

Het is belangrijk dat er ook een regelmatige **opvolging** komt van dit plan (bijvoorbeeld zesmaandelijks), waarbij geëvalueerd wordt in welke mate de doelstellingen bereikt zijn en of het nodig is om andere doelstellingen en hieraan gekoppelde interventies op te stellen.

- **Individuele begeleiding**

Net als voor de ouders is het belangrijk dat elk kind een individuele begeleider heeft. Deze heeft verschillende functies:

- hij is de belangenbehartiger, de pleitbezorger van het kind, zowel in de concrete ondersteuning als bijvoorbeeld in besprekingen met het team of met andere voorzieningen en instanties (Comité voor Bijzondere Jeugdzorg, bezoek aan de dokter, schoolbezoek,…)
- hij doet observaties en stelt eventuele diagnostiek van het kind
- hij voert individuele gesprekken met het kind omtrent de beleving van de opname
- hij heeft extra aandacht voor het kind (bijvoorbeeld spelen, huiswerkbegeleiding,…).

Indien de personeelsformatie een dergelijke individuele begeleider per kind niet toelaat, kan hier eventueel een combinatie gemaakt worden met de pedagogisch begeleider (cf. infra).

- **Individuele therapeutische begeleiding en ondersteuning**

Soms kan het nodig zijn om een kind ook therapeutisch te begeleiden. Het is belangrijk dat hiervoor passende methodieken worden gekozen, zoals speltherapie, creatieve therapie, kindertekeningen en/of gesprekken.
Matthys (2000) bespreekt een aantal belangrijke elementen waarmee rekening moet gehouden worden binnen de individuele therapeutische begeleiding van deze kinderen:

- *Het kind heeft een loyaliteit naar beide ouders. Als ze bij de therapie aanwezig zijn, kan dit elke bespreekbaarheid blokkeren. Maar zelfs als ze niet aanwezig zijn, zal het kind vaak nog de ouder in bescherming nemen die het meest destructief gedrag vertoont.*
- *Meestal kan een kind niet formuleren hoe het zich over de situatie voelt, omdat het zijn weg niet vindt in de ambivalente gevoelens waarmee het worstelt: boosheid en affectie, verdriet, angst en verlangen.*
- *Een kind kiest altijd voor het samenhouden van het gezin.*
- *Men moet vermijden dat het kind – zelfs al is het gedrag moeilijk – op één of andere manier verantwoordelijk wordt gesteld voor bepaald gedrag van een ouder of voor het verdriet van de andere. Evenmin mag beroep gedaan worden op nog extra inzet van de kinderen om begrip of geduld op te*

brengen voor de moeilijkheden van de ouder en zich daarom inschikkelijk te gedragen. Het kind zelf heeft behoefte aan en recht op extra aandacht en speelruimte.

Het is belangrijk dat de **begeleider** zelf een grote deskundigheid heeft in het therapeutisch werken met kinderen. Bovendien dient deze begeleider ervoor te zorgen dat hij niet in een belangenconflict dreigt te raken met de begeleider van de ouder. Eventueel dient dan ook geopteerd te worden voor het inschakelen van een externe dienst om deze therapeutische begeleiding van het kind op te nemen.

Wat betreft het **tijdstip** en de duur dient er voldoende tijd te worden uitgetrokken. Verder is het belangrijk dat de therapie steeds op hetzelfde moment plaatsvindt. Het kan ook belangrijk zijn om telkens hetzelfde begin- en eindritueel te hanteren. Dit alles vergroot de voorspelbaarheid voor het kind, wat de veiligheid kan bevorderen.

- **Kindergroepen – kinderuurtje**

Vanaf een bepaalde leeftijd (vijf of zes jaar) kan het zinvol zijn om wekelijks – of zelfs dagelijks – gedurende een beperkte tijd (15 à 30 minuten) met alle kinderen samen te komen. Kinderen kunnen er vertellen over hun dagelijkse bezigheden en ervaringen, over hun belevingen en gevoelens. Een groep kan heel wat ondersteuning bieden aan het kind en kan het isolement voorkomen of doorbreken. Kinderen kunnen er ervaringen herkennen, gevoelens ventileren en participeren aan een soort familiale omgeving. Groepsinteracties tussen kinderen kunnen ook de taal- en cognitieve functies sterk stimuleren.

Het is belangrijk om dit gestructureerd en voorspelbaar te laten verlopen:

- telkens op hetzelfde moment
- telkens in dezelfde ruimte
- telkens een vast begin- en eindmoment (ritueel)
- telkens een gelijkaardige methodiek hanteren (bijvoorbeeld wie het beertje vastheeft, mag spreken; de andere kinderen luisteren dan)
- telkens dezelfde begeleiding.

- **Programma-elementen omtrent spelen**

Kinderen ontdekken de wereld door te spelen. Het stimuleren van dit spelelement kan op diverse manieren gebeuren. De intensiteit van de begeleiding verschilt naargelang de soort activiteit en de noden van elk kind. De ouder kan bij een aantal van deze programma-onderdelen aanwezig zijn.

Mogelijkheden zijn:

- speelgroepen kunnen effectief zijn in het ontwikkelen van de cognitieve, emotionele, sociale en fysieke ontwikkeling van jongere kinderen (Juliana & Goodman, 1997); concreet houdt dit in dat de kinderen wekelijks – onder begeleiding – samen een bepaald spel spelen
- spel op de matten (alleen of in groep; onder begeleiding van een psychomotorisch therapeut)
- spelen met speelgoed (uiteraard variërend naargelang de leeftijd van het kind)
- ateliers, creatief bezig zijn
- muziekgroepen

- indien nodig: speltraining.

- **Programma-elementen omtrent de lichamelijke en motorische ontwikkeling**

Het is voor jonge kinderen heel belangrijk om intensief rond het lichaam en de motorische ontwikkeling te werken. Dit kan op heel diverse manieren gebeuren, afhankelijk van de noden van de kinderen, hun leeftijd en de mogelijkheden binnen de voorziening, bijvoorbeeld baby- en kleutergym, babymassage, diverse sporten (bijvoorbeeld lopen, fietsen, zwemmen, balsporten,…), dans of andere bewegingsmethodieken (bijvoorbeeld Sherborne),…

- **Programma-elementen omtrent leren**

Ook dit is sterk afhankelijk van de noden en de ontwikkelingsleeftijd van het kind. Dit kan gaan om begeleiding in het schoolse leerproces of om eerder specifieke interventies indien een kind op bepaalde terreinen een achterstand heeft. Deze interventies kunnen gebeuren door de ouder (eventueel mits professionele ondersteuning), door begeleiders van de voorziening zelf of door externe specialisten. Deze ondersteuning kan ook eventueel buitenshuis plaatsvinden. Enkele mogelijkheden:

- aanleren van vaardigheden op het terrein van taal, communicatie, spel, motorische vaardigheden, interactie, hechting, leren, coping, organiseren en sensorische integratie; zorg voor *creatief* leren
- logopedie
- begeleiding bij beginnende schoolse vaardigheden (bijvoorbeeld knippen, beginnend lezen en schrijven,…)
- huiswerkbegeleiding
- ondersteuning bij leerproblemen
- specifieke interventies omtrent leren bij bepaalde ontwikkelingsproblemen (bijvoorbeeld ADHD, autisme,…)
- voor oudere kinderen: educatie omtrent drug- en alcoholgebruik.

Overleg met de school of het kinderdagverblijf, zowel omtrent de observaties en diagnose als omtrent de hierop aansluitende interventies, is aangewezen.

6.4 RELATIE MET DE OMGEVING

In dit hoofdstuk wordt besproken hoe het opgenomen gezin kan ondersteund worden in de relatie met de omgeving. Drie elementen komen hier aan bod: de familiale banden, de relatie met het sociaal netwerk en de contacten tussen het gezin en de voorzieningen en instanties die bij het gezin betrokken zijn.

6.4.1 Relatie met gezin en familie

- **Een theoretisch kader**

Diverse theoretische kaders zijn mogelijk als basis voor het werken met de familie van het opgenomen gezin. Gezien het binnen het bestek van dit draaiboek niet mogelijk is om in te gaan op alle theoretische kaders die op dit vlak gehanteerd kunnen worden, bespreken we hier kort het kader dat in de Tipi als uitgangspunt voor de familiewerking dient, namelijk de **contextuele therapie** van **Boszormenyi-Nagy**[18]**.**
Volgens Nagy moet men voor het begrijpen van relaties rekening houden met vier dimensies, namelijk objectiveerbare feiten, individueel psychologische gegevens, interactiepatronen en relationele ethiek. De theorie van Nagy spitst zich toe op de vierde dimensie, namelijk de relationele ethiek.

In deze relationele ethiek zijn er twee hoofdcomponenten. De eerste is *loyaliteit.* De verticale loyaliteit (tussen ouders en kinderen) vormt de basis voor de loyaliteiten in andere relaties (horizontale loyaliteit). Deze verticale loyaliteit is onverbreekbaar, het is een ‘zijns-loyaliteit’ die bovendien wederkerig van aard is. Deze wederkerige loyaliteit vormt de regulerende kracht van het gezinssysteem. In elk systeem moet er een evenwicht bestaan tussen verdiensten en verplichtingen van de verschillende leden. Omdat de ouder-kindrelatie van nature asymmetrisch van aard is, is deze relationele balans van rechtvaardigheid (de ‘balans van geven en nemen’) minstens drie-generationeel van aard (transgenerationele solidariteit). Men geeft aan zijn kinderen door wat men van zijn ouders gekregen heeft (transgenerationeel mandaat of legaat).

Het ‘*gerechtigd zijn*’ vormt de tweede component van de relationele ethiek van Nagy. Elke relatie wordt gekenmerkt door een balans van verdiensten en verplichtingen, die voortdurend in beweging is. In een gelijkwaardige relatie moet men de belangen van de ander respecteren. Doet men dat dan verdient men het recht op erkenning en zorg door de ander. Daardoor wordt de schuld van de ander groter, een schuld die kan ingelost worden door ook verdiensten te verwerven.
‘**Destructieve gerechtigheid**’ is het niet aflatend gevoel in schuld te staan, terwijl men eigenlijk gerechtigd is. Dit kan onder meer het gevolg zijn van **parentificatie** of zelfs van mishandeling.

[18] Voor een ruimere bespreking van dit theoretisch kader verwijzen we naar Boszormenyi-Nagy & Krasner (1998), Ghesquière (1993), Hoet (1999) en Michielsen et al. (1999).

- **De begeleiding**

Werken rond familie en de verschillende familiale banden is uiteraard niet alleen belangrijk voor druggebruikende ouders, maar is een belangrijke pijler in de begeleiding van elke persoon met een verslavingsproblematiek. Toch vraagt de begeleiding van drugverslaafde ouders en hun kind(eren) extra accenten op het vlak van familiale en gezinsbanden.

We gaan eerst in op de contacten van het **kind** naar zijn familie toe.
Indien een kind wordt opgenomen samen met één van de ouders, is het belangrijk dat er binnen de begeleiding heel wat aandacht is voor de **niet-opgenomen ouder**, in de praktijk is dit meestal de **vader**.
Indien deze niet-opgenomen ouder *bereikbaar* is, wordt gezocht naar manieren waarop het kind contact kan hebben met deze ouder. Dit kan via regelmatige telefonische contacten en/of via bezoekmomenten, zowel in de voorziening als buiten. Het is belangrijk om deze contacten goed voor te bereiden en het kind hierbij voldoende te ondersteunen (voor, tijdens en na het contact). Indien de niet-opgenomen ouder zelf nog drugs gebruikt, dient er extra aandacht te gaan naar de begeleiding van dit contact en is het noodzakelijk dat de veiligheid van het kind gegarandeerd wordt.
Daarnaast is het van belang dat dit contact tussen het kind en de niet-opgenomen ouder ook ter sprake komt in de begeleiding van de opgenomen ouder. Overleg hieromtrent, met oog voor zowel de bezorgdheden en eventuele tegenkantingen van de opgenomen ouder als de noden, behoeften, wensen en rechten van het kind, is noodzakelijk.
Bovendien dient aandacht te gaan naar mogelijke wettelijke afspraken en regelingen omtrent de contacten tussen het kind en de niet-opgenomen ouder.

Indien de niet-opgenomen ouder *niet bereikbaar* is, dient deze toch ter sprake te komen. De loyaliteit van het kind naar de niet-opgenomen ouder moet steeds voldoende gerespecteerd worden en men moet vermijden dat het kind van deze ouder zou vervreemden omwille van de opname. In gesprekken met het kind dient hiervoor ruimte gemaakt te worden. Verder dient ook met de opgenomen ouder gewerkt te worden rond het belang van de niet-opgenomen ouder (vaderfiguur) en de manier waarop de opgenomen ouder hiermee kan omgaan naar het kind toe.

Ook naar de **grootouders** van het kind toe (de ouders van zowel vader als moeder!) dient gezocht te worden naar mogelijkheden om het contact tussen het kind en de grootouders te behouden of te herstellen. Grootouders in gesprekken een plaats geven, regelmatige telefonische contacten en bezoeken kunnen hier mogelijkheden zijn.

Indien het kind (geplaatste) **broers** of **zussen** heeft, dienen ook hier mogelijkheden gecreëerd te worden om hierover met het kind te spreken of een zeker contact tussen het kind en zijn broers of zussen te organiseren.

Naast de contacten tussen het kind en zijn familie dient ook met de opgenomen **ouder** gewerkt te worden rond de contacten met haar gezin en de familie.
Indien de ouder dit wenst, kan er contact zijn met de **partner** en/of de vader van haar kind. Indien nodig en gewenst kan hier echtpaar- of gezinstherapie opgestart worden.

Wat betreft het contact met haar eigen **ouders**, zijn regelmatige familiegesprekken – voor zover de ouder dit zelf wenst – aangewezen. Het is in deze gesprekken van groot belang dat ook het kind ter sprake komt (als kleinkind dan); dit kan een belangrijke extra dimensie geven aan diverse gebeurtenissen uit verleden en heden. Eventueel kunnen de grootouders ook ingeschakeld worden voor praktische zaken, kinderopvang of bij een crisissituatie.

Verder dient in de begeleiding aandacht te gaan naar eventueel **andere – geplaatste – kinderen** uit het gezin. Dit kan gebeuren door deze kinderen ter sprake te brengen (in

individuele gesprekken, therapeutische groepen en in de opvoedingsondersteuning) en door het zoeken naar contactmogelijkheden (bijvoorbeeld telefonisch contact of bezoek).

6.4.2 Contacten met het sociaal netwerk

Een voldoende uitgebouwd sociaal netwerk kan zowel voor de ouder als het kind een grote steun betekenen binnen de opvoeding en kan op die manier het welbevinden van ouder en kind bevorderen. Het uitbouwen van het sociaal netwerk en het werken met de ouder rond het opzoeken van sociale ondersteuning zijn belangrijke elementen van opvoedings-ondersteuning en kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan de kwaliteit van de opvoeding. Bovendien is het belangrijk om het isolement van het gezin te doorbreken en de integratie in de maatschappij te bevorderen.
Concreet kan dit bijvoorbeeld betekenen dat het kind naar een jeugdbeweging, sport- of hobbyclub gaat of dat de ouder deelneemt aan een cursus, betrokken wordt bij een ouder-comité, naar een sportclub gaat,… In de voorziening moet ook nagegaan worden of er mogelijkheden bestaan dat er vriend(inn)en van het kind op bezoek komen of dat het kind zelf bij een vriend(in) gaat spelen.
Eventueel kan ervoor geopteerd worden om een soort ‘steungezin’ te zoeken voor het opgenomen gezin, een gezin dat zowel ouder als kind kan ondersteunen zonder in een hulpverlenerspositie te staan of in een concurrentiepositie te komen ten aanzien van de ouder. Indien nodig kunnen zij voor een bepaalde tijd de taak van de ouder overnemen.
Essentieel is uiteraard dat het uitbouwen van een sociaal netwerk steeds vertrekt vanuit de eigen wensen, noden en vragen van de ouder en het kind zelf!

6.4.3 Contacten met het professionele netwerk

Deze gezinnen komen met diverse instanties en voorzieningen in contact, die zowel voor, tijdens als na de opname in de residentiële ouder-kindvoorziening een belangrijke rol spelen. De contacten tussen het gezin en het professionele netwerk verlopen echter vaak niet zo gemakkelijk, zeker omdat deze ouders een grote angst hebben ten aanzien van de hulpverlening, omwille van angst voor stigmatisering, veroordeling en voor plaatsing van het kind (Derluyn et al., 2000). Het begeleiden van de ouder bij deze contacten is dan ook heel belangrijk, zodat ook het professionele netwerk een continue ondersteunende rol kan blijven spelen nadat het gezin de voorziening verlaten heeft. Het blijft in dit alles ook steeds belangrijk dat de ouder zélf beslist over deze contacten en dat zij hier ook zélf het voortouw in neemt – mits de nodige ondersteuning natuurlijk.

6.5 PEDAGOGISCHE ONDERSTEUNING

6.5.1 Intake en observaties

Het is belangrijk om reeds bij de intake aandacht te hebben voor de ouder-kindrelatie. Dit betekent dat pedagogische aspecten reeds tijdens de **intake** aan bod komen en dat hier een aantal algemene observaties kan gebeuren over de omgang van de ouder met haar kind. Eventueel kan deze pedagogische intake nog verder aangevuld worden wanneer de ouder reeds opgenomen is in de voorziening.
Elementen van deze pedagogische intake zijn onder meer: informatie over het verloop van de zwangerschap en de eerste levensjaren van het kind, informatie over de eigen opvoeding van de ouder, de rol van de niet-opgenomen ouder in het verleden en in het heden, beleving van de zwangerschap, gevoelens van de ouder naar het kind toe, rol van de grootouders,…

Tijdens de opname is het van groot belang dat door de begeleiding op diverse manieren voldoende en goed **geobserveerd** wordt. Dit heeft als doel om – indien nodig – op een efficiënte manier een aantal elementen van de ouder-kindrelatie en van de opvoeding bij te sturen. Het is belangrijk dat de ouder op de hoogte is van deze observaties en er ook mee akkoord gaat.
Twee elkaar aanvullende **observatievormen** kunnen hier onderscheiden worden:
Vooreerst zijn er de observaties die ondersteund worden door **observatieschalen**. Deze laten toe om op een gerichte en vrij objectieve wijze een aantal omlijnde aspecten van de omgang van de ouder met haar kind en het gedrag van beiden binnen de opvoedingssituatie in kaart te brengen. In bijlage 5 zijn enkele observatieschalen opgenomen. Belangrijk is om in diverse situaties te observeren en dit op regelmatige tijdstippen te herhalen. Zo kunnen mogelijke evoluties of blijvende knelpunten gemakkelijker gedetecteerd worden.
Hier kan ook gebruik gemaakt worden van bepaalde **vragenlijsten**, zoals de Nijmeegse Ouderlijke Stress Index, de Parenting Stress Index, de Family Environment Scale,… (cf. Schumacher et al., 1996; Sproet et al., 2001). Soms kan het heel bemoedigend en motiverend zijn voor de ouder als een vragenlijst na een bepaalde tijd opnieuw wordt afgenomen, zodat zij zelf kan zien welke evolutie zij en haar kind reeds doorgemaakt hebben.

Naast deze gestandaardiseerde observaties aan de hand van observatieschalen en vragenlijsten kan ook gebruik gemaakt worden van **participerende observaties**. Dit houdt in dat de begeleider observeert terwijl hij zelf deelneemt aan de situatie. Hier wordt dus minder gefocust op een aantal afgelijnde aspecten van de opvoedingssituatie, zodanig dat hier een aantal nieuwe elementen aan bod kan komen. Bovendien heeft de ouder minder het gevoel 'bekeken' te worden, wat ervoor kan zorgen dat de situatie 'natuurlijker' is.

We willen hier ook benadrukken dat het belangrijk is om de informatie en observaties uit diverse bronnen samen te brengen, waarbij de verschillende aspecten van de opvoedings-situatie in kaart worden gebracht. Teamwerking en –overleg zijn hierin centrale elementen.

6.5.2 Programma-elementen

Er zijn in diverse sectoren van de hulpverlening reeds verschillende methodieken uitgewerkt om ouders te ondersteunen in hun opvoedingstaak. Ook binnen de drughulpverlening waar gewerkt wordt met drugverslaafde ouders is er een groeiende aandacht voor opvoedingsondersteunende methodieken (cf. deel 3).

Hier staan we even stil bij de rol van **andere bewoners** – zonder kinderen – bij de omgang met ouder en kind en de afspraken die hier rond moeten gemaakt worden[19].
Wanneer de ouder zelf niet bij haar kind kan blijven – omdat ze een bepaalde afspraak heeft of omdat het haar even teveel wordt – is het uiteraard belangrijk dat er op het kind gepast wordt, dat er een **thuiswacht** georganiseerd wordt. Dit kan gebeuren door stafleden of door bewoners die reeds in een vrij ver stadium van het programma zitten. Belangrijk is dat afgesproken wordt dat de keuze van de thuiswachters mee bepaald wordt door de ouder zelf. De thuiswacht gebeurt het best steeds door twee bewoners samen en er wordt ook afgesproken dat deze bewoners zelf geen interventies doen ten aanzien van het kind: als er iets scheelt met het kind, moeten zij steeds de ouder zelf opbellen, zodat zij zelf kan tussenkomen. Als de ouder terug thuis is, moeten de thuiswachters onmiddellijk vertrekken. Verder gelden de gewone afspraken (bijvoorbeeld omtrent roken, lawaai,…). Van elk thuiswachtmoment maken de thuiswachters vooraf een planning op en nadien wordt een kort verslag geschreven.

Tenslotte dient met de **bewoners** die geen kinderen bij zich hebben afgesproken te worden dat zij zich niet mogen ‘bemoeien’ met de opvoeding van het kind door de ouder, gezien de ouder steeds de eerste verantwoordelijke blijft voor haar kind. Dit betekent dat zij niet kunnen ingeschakeld worden om de ouderrol eventjes ‘over te nemen’. Zij moeten er wel rekening mee houden dat deze bewoners – naast het volgen van het therapeutisch programma – ook nog de zorg voor een kind moeten dragen, wat hen extra kan belasten. Dit betekent dat er naar de ouders in het programma een kindvriendelijk klimaat dient te zijn gekenmerkt door solidariteit, aanvaarding, verbondenheid en positieve ondersteuning moet zijn.

---

[19] Het gaat hier dus om programma’s waarbij de ouder-kindvoorziening verbonden is met een bestaande voorziening voor mensen met een verslavingsproblematiek.

6.6 INTEGRATIE VAN VERSCHILLENDE PROGRAMMA-ELEMENTEN

In eerste instantie is het van belang dat in de diverse programmaonderdelen en door de verschillende teamleden en disciplines eenzelfde **visie** wordt gedeeld. Dit betekent dat hetzelfde **algemeen theoretisch kader** wordt gehanteerd (bijvoorbeeld het contextuele gedachtegoed van Nagy – dat eigenlijk de basis is voor de familiebegeleiding – wordt ook als achterliggend kader voor oudergroepen gehanteerd; de positieve benadering van video-interactiebegeleiding wordt in elke opvoedingsondersteunende methodiek als uitgangspunt gebruikt).

Dit betekent ook dat in heel **concrete dagdagelijkse dingen** dezelfde visie wordt gedragen (bijvoorbeeld iedereen is het eens over de vraag welke uitzonderingen mogelijk zijn om weg te blijven uit een bepaalde therapeutische groep of uit het hele programma).

Het streven naar dezelfde visie kan ondersteund worden door regelmatig **teamoverleg**, door het installeren van **formele overlegmomenten** tussen verschillende disciplines en door **intervisie** en **supervisie**.
Verder kan dit ook bevorderd worden door verschillende disciplines te laten **samenwerken** bij bepaalde onderdelen van het programma. Zo kan een oudergroep begeleid worden door een begeleider van de ouder-kindvoorziening én door iemand van de familiewerking; de psycholoog en de pedagogisch begeleider kunnen samen een oudercursus leiden,….
Uiteraard is het belangrijk dat men erover waakt dat hier geen belangenconflicten ontstaan. Zo wordt het moeilijk wanneer een begeleider die zich enkel op het pedagogische luik richt ook aanwezig is bij de psychotherapeutische groepen van de ouders.

Ten slotte is het in het programma belangrijk om de verschillende programmaonderdelen voldoende op elkaar af te stemmen en dit alles steeds goed te bewaken. Men moet ervoor waken om niet té veel af te wijken van de vooropgestelde algemene én individuele doelstellingen. Het **handelingsplan** kan hierbij een ideaal referentiepunt en een goede toetssteen vormen.

SAMENVATTEND
HOOFDSTUK 6: HET PROGRAMMA

6.1 Algemene elementen

Naast de vraag of het programma gelinkt wordt aan een bestaand programma of als een apart programma voor ouders gecreëerd wordt, moet het programma zelf aan volgende basiselementen beantwoorden:

evenwichtig – op maat – omvattend – gestructureerd – veilig – gefaseerd – langdurig – met aandacht voor de behandelingsomgeving.

Zowel de dagindeling als het weekschema moeten duidelijk zijn voor de ouder en het kind. In de dagindeling moet er voor de ouder tijd gemaakt worden om de overgang te maken van thuis naar het programma en omgekeerd.
Op woensdagen, tijdens de weekends en tijdens vakanties moet de dagindeling op flexibele manier aangepast worden aan de aanwezigheid van het kind. Toch moet de ouder voldoende ondersteund worden om deze momenten op een zinvolle manier in te vullen.

6.2 Ondersteuning van de ouder

Bij de behandeling van drugverslaafde vrouwen moet uitgegaan worden van een visie van ‘empowerment’ waarbij de nadruk wordt gelegd op de mogelijkheden van de moeder.
Programma-elementen zijn onder meer individuele begeleiding en groepen rond verslaving en psychische problemen, groepen rond het ouderschap, het leefgroepgebeuren, aspecten van het therapeutisch proces (handelingsplan), psycho-educatie, sociaal-administratieve begeleiding, medische begeleiding, sport en buitenhuisactiviteiten.

6.3 Ondersteuning van het kind

In een residentieel ouder-kindprogramma dient ook gezocht te worden naar een specifieke ondersteuning en begeleiding van het kind. Dit betekent vooreerst dat er een duidelijke visie moet zijn, dat er in de voorziening een veilige, stimulerende en gestructureerde omgeving gecreëerd wordt en dat er voldoende aandacht is voor de belangrijke rol van begeleiders ten aanzien van het kind.
Daarnaast dient er in de voorziening aandacht te zijn voor observatie en diagnostiek bij het kind. Vroegtijdige detectie van bepaalde problemen bij het kind is immers cruciaal voor het effectief remediëren. Ook aandacht voor de lichamelijke gezondheid van het kind speelt hierin een grote rol.
Ten derde dient een eigen programma gecreëerd te worden voor de kinderen. Mogelijke programma-elementen zijn onder meer een goede kinderopvang binnen of buiten de eigen voorziening, het opstellen van een individueel handelingsplan voor elk kind, individuele begeleiding van het kind, individuele therapeutische begeleiding, kindergroepen en kinderuurtje en programma-elementen omtrent spelen, lichamelijke en motorische ontwikkeling en leren.

6.4 Relatie met de omgeving

Bij de begeleiding dient ruime aandacht te gaan naar contacten met de omgeving in zijn verschillende aspecten. De uitbouw van een ruim ondersteuningsnetwerk is immers een belangrijk element van opvoedingsondersteuning.

- de relatie met gezin en familie: zowel ten aanzien van het kind als ten aanzien van de ouder dient er aandacht te zijn voor het ter sprake brengen van en het creëren van contacten met onder meer de niet-opgenomen ouder, de (groot)ouders en andere (geplaatste) kinderen uit het gezin.
- contact met het sociaal netwerk: uitbouw van een sociaal netwerk zowel van het kind als van de ouder.
- contact met het professionele netwerk: aandacht voor diverse instanties en voorzieningen die zowel voor, tijdens als na de opname betrokken (kunnen) zijn bij de ondersteuning van het gezin.

6.5 Pedagogische ondersteuning

Het is belangrijk dat er voldoende gegevens worden verzameld over de opvoedingssituatie en de interacties tussen ouder en kind.
Diverse pedagogische ondersteuningsmethodieken zijn mogelijk.
Met de bewoners die geen kinderen hebben dienen afspraken te worden gemaakt over het thuiswachten bij het kind, de omgang met het kind, het creëren van een kindvriendelijk klimaat en de nood aan het hebben van aandacht voor de ouderrol van de ouder.

6.6 Integratie van de verschillende programmaonderdelen

De verschillende programmaonderdelen moeten zo veel mogelijk geïntegreerd worden, door het hanteren van eenzelfde visie, door regelmatig teamoverleg, het installeren van formele overlegmomenten, intervisie en supervisie en door samenwerking van verschillende disciplines in bepaalde programmaonderdelen.
Het handelingsplan kan een hanteerbaar referentiepunt zijn om overzicht te houden over de samenstelling van het programma voor elke ouder en elk kind.

HOOFDSTUK 7: SPECIFIEKE DOELGROEPEN

7.1 ZWANGERE VROUWEN

7.1.1 Detectie

Het is heel belangrijk dat reeds vroeg in de zwangerschap gestart wordt met een zeker ondersteuningsaanbod voor aanstaande moeders. Vroege interventie is immers niet alleen van belang voor het kind en zijn latere ontwikkeling, maar ook voor de moeder kan ondersteuning tijdens de zwangerschap het verdere verloop van de zwangerschap én van de opvoeding beïnvloeden. Als een vrouw haar gebruik tijdens de zwangerschap kan verminderen of stoppen, is er minder kans op ontwenningsproblemen of ontwikkelingsstoornissen bij het kind en is de kans groter dat het kind zich gezond ontwikkelt (Cohen, 2000), wat ook de moeder zelf minder schuld- en schaamtegevoelens geeft. Toch dient voorzichtig te worden omgesprongen met een mogelijke afbouw van het gebruik bij een zwangere vrouw (cf. Van Bouchaute, 1996).

Om te slagen in een vroegtijdige detectie is een '**outreachende**' benadering noodzakelijk. Dit betekent dat de verschillende eerstelijnsdiensten (gynaecologen, materniteitsafdelingen van algemene ziekenhuizen, prenatale begeleidingsdiensten van Kind en Gezin, laagdrempelige opvangvoorzieningen,…) voldoende aandacht moeten hebben voor mogelijke signalen van een drugverslaving bij een zwangere vrouw. Anderzijds betekent dit dat ook de ambulante drughulpverlening (bijvoorbeeld medisch-sociale opvangcentra) voldoende aandacht moet hebben – zowel door observaties, medische controles als in gesprekken – voor een mogelijke zwangerschap bij drugverslaafde vrouwen[20]. Een zwangerschap is bij drugverslaafde vrouwen immers vaak niet gepland of ze zijn niet op de hoogte van de zwangerschap doordat de menstruatie uitblijft door het druggebruik (Van Bouchaute, 1996). Opleiding en bijscholing om signalen vroegtijdig te herkennen zijn hier noodzakelijk.

Indien een drugverslaafde vrouw zwanger is, dient er voldoende **overleg** te zijn tussen de diverse instanties die betrokken zijn bij de ondersteuning en begeleiding van het gezin, zodat de vrouw onmiddellijk bij de juiste voorziening(en) terechtkomt en er geen overlappende of zelfs tegengestelde interventies gebeuren (cf. Derluyn et al., 2000). Het opstellen van protocollen en het opzetten van netwerken tussen voorzieningen kan een belangrijk houvast zijn.

Het is van groot belang dat hulpverleners (zeker in de eerstelijnszorg) een niet-stigmatiserende of veroordelende houding aannemen tegenover de moeder. Uit het vooronderzoek (Derluyn et al., 2000) bleek immers dat zwangere vrouwen de stap naar de hulpverlening niet zetten uit angst voor stigmatisering of veroordeling, voor plaatsing van het kind,…. Een outreachende werking vanuit een positieve, **niet-veroordelende houding** ten aanzien van de moeder en haar zwangerschap kan de drempel naar de hulpverlening sterk verlagen en ervoor zorgen dat zwangere vrouwen reeds vroeg in de zwangerschap ondersteund worden en dat ze die band met de hulpverlening ook langer vasthouden.
In die zin moet de zwangere vrouw zo veel mogelijk worden aangesproken als moeder, moet ze zo veel mogelijk bij de begeleiding betrokken worden en moeten de zwangerschap en de

[20] We willen hier zeker ook verwijzen naar de brochure van het N.O.O.D.-project in Antwerpen (2000) waar uitgebreid wordt ingegaan op de detectie van en mogelijke omgang met drugverslaafde zwangere vrouwen.

geboorte zo 'normaal' mogelijk verlopen. Niettemin moet toch uitgegaan worden van een *realistische* kijk op de situatie, zeker waar het gaat om de veiligheid van het kind.

7.1.2 Ondersteuning van de toekomstige moeder

De **medische begeleiding** dient zich te richten op het druggebruik van de vrouw tijdens de zwangerschap waarbij de mogelijkheid moet overwogen worden om te stoppen met het gebruik van drugs (eventueel detoxificatie) of over te schakelen op methadon (Cohen, 2000). De medische begeleiding volgt ook de zwangerschap zelf op waarbij aandacht is voor mogelijke ontwikkelingsstoornissen bij het kind.
Belangrijk is om reeds in deze fase na te gaan of er bijkomende **psychiatrische problemen** zijn bij de moeder, omdat deze een belangrijke invloed kunnen hebben op het psychisch welbevinden van de moeder na de geboorte (Mallouh, 1996). Verder dient een grondig **assessment** te gebeuren van mogelijke psychische problemen bij de moeder, van haar ouderschapsvaardigheden en houding ten aanzien van het kind (Mosley, 1996), van de ondersteuning vanuit het sociaal netwerk/familie en van de mogelijkheden om professionele ondersteuning te krijgen.

De moeder moet reeds tijdens de zwangerschap correcte en begrijpbare **informatie** krijgen omtrent het verloop van de zwangerschap, de risico's van druggebruik tijdens de zwangerschap voor het kind en het concrete verloop tijdens de bevalling en vlak na de geboorte (wat gebeurt er met het kind, waar gaat het kind naar toe,…?). Dit gebeurt het best door de gynaecoloog of door de prenatale diensten van Kind en Gezin. Eventueel kan dit overgenomen of mee begeleid worden door iemand uit de drughulpverlening.

De concrete invulling van het **programma** voor de zwangere vrouw in de residentiële ouder-kindvoorziening zal onder meer afhankelijk zijn van de reeds bestaande contacten met externe diensten, van haar lichamelijke conditie en van het stadium van de zwangerschap (onder meer met betrekking tot de nodige rusttijd).
Het is belangrijk dat de vrouw reeds nu de **groepen** rond opvoeding en ouderschap mee volgt (oudergroepen en –cursussen, vrouwengroepen, groepen voor zwangere moeders) (Brown et al., 1996). Dit kan een ondersteuning betekenen voor de geboorte en het toekomstig ouderschap en de moeder wordt reeds tijdens haar zwangerschap als moeder aangesproken.
De toekomstige moeder kan in deze groepen ook terecht met haar beleving en ervaringen omtrent de zwangerschap en het toekomstig ouderschap (schuld- en schaamtegevoelens, angst, twijfels, ambivalentie ten aanzien van het kind,…). Het delen van ervaringen met moeders die in dezelfde situatie gestaan hebben, kan voor de toekomstige moeder sterk ondersteunend zijn. Ze kan er ook heel wat informatie en allerhande praktische tips opdoen (bijvoorbeeld over de ontwikkeling van het kind, bepaalde belangrijke 'weetjes' omtrent voeding en verzorging van de baby, mogelijke reacties van de baby op het prenataal druggebruik van de moeder,…). Het is belangrijk om deze groepen aan te vullen met intense **individuele begeleiding**.

Verder is het tijdens de zwangerschap belangrijk om te peilen naar het contact met de **vader** van het kind en zijn plaats tijdens de zwangerschap, de geboorte en erna.
Tenslotte is het belangrijk om ook **praktische ondersteuning** te bieden naar de moeder toe (bijvoorbeeld aankopen kledij, babyspullen, administratieve formaliteiten, omgeving, gezondheid,…).

7.2 MOEDERS MET EEN PASGEBOREN KIND

7.2.1 Ondersteuning van de moeder tijdens het ziekenhuisverblijf van het kind

Heel wat kinderen van drugverslaafde ouders worden te vroeg geboren of worden geboren met ontwenningsverschijnselen. Dit kan betekenen dat het kind na de geboorte nog een vrij lange tijd moet doorbrengen in het ziekenhuis. Dit lange ziekenhuisverblijf kan de natuurlijke interactie tussen moeder en kind sterk bemoeilijken (Brady et al., 1994), temeer daar het voor deze ouders heel moeilijk kan zijn om telkens opnieuw met het kind, zijn problemen en de schuldgevoelens hieromtrent geconfronteerd te worden. Bovendien kan het voor deze moeders bijzonder zwaar zijn om telkens opnieuw afscheid te moeten nemen van het kind en het kind te moeten achterlaten in het ziekenhuis. Vaak schamen ze zich ook over de eigen verslavingsproblematiek en is er naar het verplegend personeel toe heel wat angst voor stigmatisering en afwijzing of voor plaatsing van het kind, wat de interactie met het personeel kan bemoeilijken.
De omgang met een prenataal geboren kind of een kind met ontwenningsproblemen is vaak moeilijker voor de verzorger – en zeker voor de moeder – en kan zo extra stress veroorzaken. De perceptie van het kind als een klein, fragiel wezentje kan de ouders beangstigen en blokkeren om hun kind op te pakken uit angst voor het veroorzaken van nog meer 'schade' (Holmes et al., 1984).

De impact van een verblijf van het kind op de afdeling neonatologie is voor de ouders dus erg belangrijk en zeker niet gemakkelijk. In die zin hebben deze ouders extra formele en informele ondersteuning nodig. Maar net deze ouders staan – zoals gezegd – vaak ontwijkend ten aanzien van het personeel of tegenover ondersteuning en hebben vaak geen uitgebreid sociaal netwerk. Dit alles kan heel wat negatieve gevolgen hebben op de ouderlijke interactie met het kind en zo op de ontwikkeling van het kind (Brady et al., 1994).

Concreet dient de moeder sterk gestimuleerd te worden om veelvuldig op bezoek te gaan bij haar kind (minimum dagelijks). Bij deze bezoeken aan haar kind moet de vrouw voldoende ondersteund worden. Dit betekent samen het bezoek voorbereiden, eventueel meegaan naar het ziekenhuis en ondersteuning geven bij bijvoorbeeld het voeden, knuffelen, vasthouden, troosten, verzorgen,… van de baby. Ook na het bezoek dient er voldoende opvang te zijn. Een dichte samenwerking tussen de ouder-kindvoorziening en het ziekenhuis kan ertoe leiden dat het personeel van de kraamafdeling een gepaste houding kan aannemen ten aanzien van moeder en kind.

7.2.2 Ondersteuning van de pas bevallen moeder[21]

Wanneer de kleine baby mee kan naar de residentiële ouder-kindvoorziening is het belangrijk om eerst een periode in te bouwen waarbij de moeder nog geen programma volgt, maar zoveel mogelijk bij haar kind is en de zorg voor haar kind kan opnemen (cf. **ouderschapsverlof**). Uiteraard dient de moeder hier de nodige ondersteuning te krijgen: therapeutische **ondersteuning** (omgaan met de verschillende gevoelens rond de komst van haar kind) en praktisch-pedagogische ondersteuning (ondersteuning bij het omgaan met symptomen van het Neonataal Abstinentie Syndroom, bij voeding en verzorging, pedagogische tips en kennis geven, de betekenis van huilen kaderen, het belang aangeven van troosten, de invloed van het temperament van het kind op het contact tussen ouder en kind verduidelijken, het belang aangeven van spelen en praten met de baby,…) (Van Dijke et al., 2000). Deze ondersteuning gebeurt voornamelijk binnen individuele

[21] Ook hier willen we verwijzen naar de brochure van het N.O.O.D.-project (2000) waar op heldere wijze wordt ingegaan op de mogelijke begeleiding van pas bevallen drugverslaafde moeders en hun pasgeboren kind.

begeleidingscontacten en door dingen samen met de moeder te doen (bijvoorbeeld het kind wassen). Indien mogelijk kan de moeder ook reeds een aantal oudergroepen meevolgen.
Uiteraard blijft een **medische opvolging** van zowel moeder als kind heel belangrijk. Het is zinvol om hiervoor een beroep te doen op de diensten van Kind en Gezin.
Verder is in deze periode ook **administratieve** en **sociale ondersteuning** nodig, dient gezocht te worden naar een kinderdagverblijf en is het belangrijk om het contact met de vader en andere familieleden op één of andere manier te bewaren.

7.2.3 Ondersteuning van het kind met het Neonataal Abstinentie Syndroom

De ondersteuning van een kind met NAS beperkt zich niet tot medische begeleiding alleen[22], maar ook naar de ouder/verzorger toe kunnen specifieke tips worden gegeven (Kronstadt, 1991; Smets, 2001). Vooreerst is het belangrijk dat het kind voldoende ondersteund wordt om zich te kunnen ontspannen. Dit betekent dat men moet vermijden om het kind vaak vast te nemen, dat het kind niet mag blootgesteld worden aan sterk licht of geluiden of aan abrupte bewegingen. Speciale positioneringstechnieken kunnen de houding en beweging van het kind verbeteren (bijvoorbeeld inbakeren in een doek, dicht tegen de huid van de verzorger houden, een slaapzak gebruiken,…). Ook het geven van frequente baden of het verzorgen van het kind in een hangmatje kunnen sterk ondersteunend werken naar het kind toe. Tevens is het belangrijk om zachte, maar sterk tactiele stimulatie rond het gezicht te gebruiken om overgevoeligheid te verminderen en adequaat zuigen te verbeteren. Naar de voeding toe kan het – omwille van het vele braken van het kind – nodig zijn om de voeding gelijkmatig over de dag te verdelen en in kleine hoeveelheden. Tenslotte is het belangrijk dat de ouders ervan op de hoogte worden gebracht dat deze kinderen zich niet gemakkelijk laten opnemen en verwennen en eerder afstotend reageren. In de acute fase van NAS zal het kind zich (door zijn verhoogde spiertonus) bij het oppakken bijvoorbeeld niet tegen het lichaam van de verzorger aanvleien en zich als het ware afzetten. Als de ouder hiervan niet op de hoogte is, kan dit kwetsend zijn en kan de ouder zich afgewezen voelen. Begeleiding van de ouder in de omgang met het kind is dus noodzakelijk.

[22] Gezien de specificiteit van dit element laten we dit hier buiten beschouwing en verwijzen we naar de gespecialiseerde literatuur hieromtrent.

SAMENVATTEND
HOOFDSTUK 7: SPECIFIEKE DOELGROEPEN

7.1 Zwangere vrouwen

Vroege detectie in zowel eerstelijnsvoorzieningen als ambulante drughulpverlening is heel belangrijk. Kennis van de problematiek en een outreachende benadering gestoeld op een niet-veroordelende, positieve houding zijn hierbij sleutelelementen.

De ondersteuning van de zwangere vrouw dient verschillende aspecten te omvatten:
- medische begeleiding en assessment
- informatie verstrekken
- oudergroepen, oudercursussen, vrouwengroepen, groepen voor zwangere vrouwen
- individuele begeleiding
- werken rond contact met de vader van het kind
- praktische ondersteuning.

7.2 Moeders met een pasgeboren kind

Wanneer het kind nog in het ziekenhuis moet blijven na de bevalling, dient de moeder voldoende ondersteund te worden, zowel voor, tijdens als na de bezoeken aan het kind. Samenwerking tussen de voorziening en het ziekenhuis is hierbij belangrijk.

Wanneer het kind bij de moeder is, dient een voldoende lange periode voorzien te worden waarbij de moeder geen programma mee volgt, maar tijd heeft voor haar kind (ouderschapsverlof).

Verder dient er in het programma gezorgd te worden voor therapeutische ondersteuning (individuele begeleiding, oudergroepen), voor praktisch-pedagogische ondersteuning en voor administratieve en sociale ondersteuning en dienen zowel moeder als kind medisch opgevolgd te worden. Specifieke tips kunnen gegeven worden omtrent het omgaan met een kind met het Neonataal Abstinentie Syndroom.

HOOFDSTUK 8:
NAZORG

Een goed uitgebouwde nazorg is een heel belangrijk element om de in gang gestelde veranderingen tijdens de opname in de ouder-kindvoorziening ook na de opname vast te houden en terug in de realiteit en in de maatschappij een plaats te verwerven (De Leon & Jainchill, 1991). In de Tipi worden in de nazorg twee fasen onderscheiden, namelijk een fase in het halfweghuis en een fase van ambulante begeleiding. Deze twee fasen worden hier als uitgangspunt van het hoofdstuk rond nazorg genomen, maar worden verder aangevuld met ideeën uit andere programma's en voorzieningen.

8.1 HET HALFWEGHUIS

8.1.1 Algemeen

Nadat de ouder met haar kind de residentiële opname heeft afgerond, kan ze verhuizen naar een andere **woonvorm**. Hierbij kan ze ervoor kiezen om onmiddellijk zelfstandig te gaan wonen in een eigen huis of om (eventueel samen met een andere ouder en haar kind(eren)) in een huis van de voorziening te gaan wonen. Het is belangrijk dat dit een 'gewoon' huis is, zodat de reïntegratie in de maatschappij zo vlot mogelijk kan lopen.

De **duur** van deze nazorgfase kan sterk variëren naargelang de noden, wensen en evolutie van de ouder en haar kind. Meestal duurt deze fase een zestal maanden.

Het is heel belangrijk dat deze nazorgfase reeds **opgestart** wordt tijdens de residentiële opname. Dat betekent concreet dat de begeleider die de nazorg op zich neemt, reeds in de laatste fase van het programma kennismaakt met de cliënt, regelmatig overlegt met haar, teambesprekingen over de cliënt mee volgt, enzovoort. Bovendien moet de **ouder** voldoende tijd én ruimte krijgen in het residentiële programma om zich op deze nazorgfase voor te bereiden (praktische zaken in orde brengen, een nieuwe school zoeken voor het kind, zichzelf mentaal voorbereiden op de overstap, afscheid nemen van de andere ouders en kinderen,…). De ouder moet bij dit alles voldoende ondersteund worden.
Het is goed om rond de **overgang** zelf een 'ritueel' uit te werken.

Wellicht vrij evident, maar niettemin van groot belang is een goede **informatiedoorstroming** van het team van de residentiële voorziening naar de begeleiding van het nazorgprogramma. Dit moet ervoor zorgen dat de opgestarte ondersteuning verder gezet wordt, wat zeker naar het kind toe heel belangrijk is.

8.1.2 Ondersteuning van de ouder

In deze fase van de nazorg kan de ouder op verschillende **terreinen** ondersteund worden, onder meer op het gebied van vrijwilligerswerk, werk of opleiding, de invulling van de vrije tijd, administratieve zaken, het runnen van het huishouden, psychische en emotionele problemen, preventie van terugval in druggebruik,…

Mogelijke **methodieken** hiertoe zijn:

- individuele gesprekken en begeleiding
- terugvalpreventiesessies
- regelmatig bijstellen van het handelingsplan
- begeleiden bij buitenhuisactiviteiten
- psychotherapeutische begeleiding (door iemand van de voorziening of door een externe instantie).

8.1.3. Ondersteuning van het kind

Ook het kind moet blijvend ondersteund worden – zeker nu het kind in een nieuwe situatie terechtkomt en een nieuw soort relatie moet opbouwen met de ouder. Dit kan onder meer gebeuren door:

- individuele begeleiding in gesprekken – aangepast aan de noden én ontwikkelingsfase van het kind
- kindergroepen
- individuele therapeutische begeleiding – op indicatie (door iemand van de voorziening of door een externe instantie)
- contacten met het kinderdagverblijf of de school
- eventueel bepaalde specifieke interventies naargelang de noden van het kind (bijvoorbeeld diagnostisch onderzoek, leerproblemen, ontwikkelingsstoornissen,…)
- begeleiding bij buitenhuisactiviteiten (jeugdbeweging, sportclub, vriendjes,…).

Deze ondersteuning kan gebeuren door de **begeleider** die reeds in het residentiële programma de ondersteuning van de kinderen op zich nam. Dit heeft als belangrijke voordelen dat het drempelverlagend werkt voor het kind en ook kan zorgen voor de nodige continuïteit van de begeleiding.

8.1.4. Relatie met de omgeving

- **Contacten met gezin en familie**

Net zoals in de residentiële fase dienen zowel ouder als kind verder ondersteund te worden om op een gezonde en deugddoende manier contacten te onderhouden met de niet-opgenomen ouder, grootouders, broers en zussen, andere familieleden,… Er dient hier ook aandacht te gaan naar nieuwe partnerrelaties.

- **Contacten met het sociaal netwerk**

Reïntegratie in de maatschappij is belangrijk om een drugvrij leven verder te kunnen uitbouwen en ook voor de ontwikkeling van het kind en voor het welbevinden van zowel ouder als kind. Dit betekent dat zowel ouder als kind ondersteund moeten worden om te participeren aan bijvoorbeeld een sportclub, een oudercomité, een cursus, contacten met vriend(inn)en en buren, zinvolle invulling van de vrije tijd,…

- **Contacten met het professionele ondersteuningsnetwerk**

In deze fase is het heel belangrijk dat er duurzame en constructieve contacten worden gelegd met diverse externe voorzieningen en instanties. Contacten met deze voorzieningen dienen reeds in deze fase opgestart te worden, zodat zij op termijn – wanneer de begeleiding uit de residentiële voorziening wegvalt – bepaalde ondersteuningsnoden blijvend kunnen invullen. Het is belangrijk dat de ouder hier zelf mee akkoord gaat en met de verschillende begeleiders een positieve relatie kan opbouwen.
Het kan onder meer gaan om contacten met een vaste huisarts en kinderarts, het kinderdagverblijf of de school, een thuisbegeleidingsdienst, het Comité voor Bijzondere Jeugdzorg, een pleeggezinnendienst, een steungezin, een Centrum voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning, een centrum voor algemeen welzijnswerk, diensten uit de ambulante drughulpverlening, een centrum voor geestelijke gezondheidszorg,….

8.1.5 Pedagogische ondersteuning[23]

Een belangrijk element bij de overgang naar het halfweghuis is de verdere pedagogische ondersteuning van het gezin. Dit is belangrijk omdat de ouder plots een stuk meer verantwoordelijkheden krijgt en zich voor meer en andere uitdagingen geplaatst ziet, wat heel wat extra belasting kan betekenen. Bovendien krijgt ze ook naar het kind toe heel wat meer verantwoordelijkheden, terwijl de externe controle – door andere ouders, bewoners of begeleiders – bijna volledig wegvalt. De pedagogische ondersteuning in deze eerste fase van de nazorg moet zich dan ook op deze twee elementen richten: enerzijds het **opvolgen** van het **kind** en de omgang van de ouder met haar kind en anderzijds het heel sterk **ondersteunen** van de **ouder** in deze nieuwe opvoedingssituatie, de nieuwe relatie met haar kind en de uitdagingen en verantwoordelijkheden die hiermee verbonden zijn.

Dit kan vooreerst gebeuren via **individuele gesprekken** met de ouder. Het lijkt aangewezen dat deze individuele gesprekken verder gebeuren door de **pedagogisch begeleider** van de residentiële voorziening. Dit is belangrijk om de continuïteit van de begeleiding te waarborgen (niet enkel wat betreft de opvoedingsondersteuning van de ouder, maar ook omtrent bepaalde specifieke aandachtspunten en interventies naar het kind toe). Tevens is dit belangrijk omdat 'opvoeding' een moeilijk bespreekbaar onderwerp is en dit wellicht gemakkelijker is binnen de reeds bestaande vertrouwensrelatie met de pedagogisch begeleider.

In deze fase kan het ook zinvol zijn om de methodiek van **video-interactiebegeleiding** verder te zetten of terug op te starten. Daarnaast kunnen **ouder en kind** ook samen begeleid worden (via gesprekken, het samen doen van bepaalde activiteiten of andere therapeutische werkvormen).
Naar de ouder toe is het belangrijk dat ze verder de **oudergroepen** blijft volgen; eventueel kunnen er ook aparte oudergroepen worden opgestart voor ouders die in de nazorgfase zitten. Ook kan de ouder – indien nodig en gewenst – nog de oudercursussen meevolgen.

[23] Voor uitleg over de methodieken verwijzen we naar deel 3.

Zoals reeds aangegeven, kan het zinvol zijn om in deze fase van de nazorg ook begeleiding door externe instanties op te starten. Naar het pedagogische luik toe kan het in die zin zinvol zijn om begeleiding door een **thuisbegeleidingsdienst** (pedagogische thuiszorg) op te starten.

8.2. AMBULANTE BEGELEIDING

Na deze halfweghuisfase gaan de ouder en haar kind(eren) volledig zelfstandig wonen. De begeleiding mag hier echter niet ophouden. Ambulante nazorg is essentieel in deze periode, uiteraard aangepast aan de noden van het gezin. Dit betekent dat ook niet té veel hulpverlening mag ingeschakeld worden! Deze nazorg kan deels worden opgenomen door de residentiële voorziening, maar dient voor het grootste deel te worden ingevuld door externe diensten en instanties. Deze diensten kunnen immers – als de begeleiding vanuit de residentiële voorziening wegvalt – de ondersteuning van het gezin verder blijven opnemen. Het kan gaan om werkbegeleiding, zinvolle invulling van de vrije tijd, pedagogische thuiszorg, specifieke ondersteuning voor het kind, psychotherapeutische begeleiding van de ouder, volgen van groepen rond terugvalpreventie, psycho-educatie, relationele en sociale ondersteuning, ondersteuning bij de contacten met familie, nazorggroep,….

Het is heel belangrijk dat deze ondersteuning – zowel voor de ouder als voor het kind – op een goede manier **gecoördineerd** wordt, zodat de begeleiding aansluit op de noden en wensen van het gezin en er voldoende afstemming is tussen de verschillende betrokken diensten. Een goede coördinatie betekent ook dat doorverwijzingen naar voorzieningen vlotter lopen en de begeleiding naargelang de noden van het gezin versterkt of afgebouwd wordt.

SAMENVATTEND
HOOFDSTUK 8: NAZORG

8.1 Het halfweghuis

In de fase van het halfweghuis kan het gezin volledig zelfstandig gaan wonen of (samen met een ander gezin) in een apart woonhuis van de voorziening. Deze nazorgfase moet gedurende geruime tijd voorbereid worden tijdens de laatste fase van het residentieel programma.

Er dient in deze fase verder ondersteuning te zijn van de ouder en van het kind, van het gezin in de contacten met familie, het sociaal netwerk en het professioneel ondersteuningsnetwerk en ook pedagogisch dient er verdere ondersteuning te zijn.
Deze ondersteuning kan gebeuren in bestaande groepen of door begeleiders van de ouder-kindvoorziening of kan opgenomen worden door externe instanties of voorzieningen. Om continuïteit te waarborgen kan het belangrijk zijn om de ondersteuning van het kind en de pedagogische ondersteuning te laten uitvoeren door de begeleider die dit reeds tijdens de residentiële opname op zich nam.

8.2 Ambulante begeleiding

Tijdens de ambulante nazorgfase dienen de contacten met het professionele ondersteuningsnetwerk verder uitgebouwd te worden. Deze kunnen op termijn de verdere noden van het gezin aan begeleiding en ondersteuning op zich nemen. Het is van belang dat deze ondersteuning voldoende gecoördineerd wordt.

DEEL 3

IMPLEMENTATIE VAN OPVOEDINGSONDERSTEUNENDE METHODIEKEN IN EEN RESIDENTIËLE SETTING VOOR DRUGVERSLAAFDE OUDERS MET JONGE KINDEREN

INLEIDING

Deel 3 gaat in op de concrete implementatie van een aantal opvoedingsondersteunende methodieken in een residentiële setting voor drugverslaafde ouders met jonge kinderen. Hoofdstuk 9 gaat in op een aantal algemene elementen rond opvoedingsondersteuning, met name de vraag wat opvoedingsondersteuning precies inhoudt, de visie op opvoedingsondersteuning en de plaats van opvoedingsondersteuning in het programma.

In hoofdstuk 10 komen drie methodieken van individuele opvoedingsondersteuning aan bod, namelijk individuele begeleiding, handelingsplanning en video-interactiebegeleiding. Daarna komen kort nog twee andere methodieken aan bod, namelijk meewerken in het kinderdagverblijf en het inschakelen van pedagogische thuiszorg.

In hoofdstuk 11 tenslotte komen methodieken van opvoedingsondersteuning in groep aan bod, namelijk oudercursussen en oudergroepen. We beschrijven ook nog kort enkele andere methodieken van opvoedingsondersteuning in groep.

HOOFDSTUK 9: OPVOEDINGSONDERSTEUNING IN EEN RESIDENTIËLE VOORZIENING

9.1 WAT IS OPVOEDINGSONDERSTEUNING?

Naast de term ‘opvoedingsondersteuning’ wordt een veelheid aan **termen** binnen dit veld gehanteerd, zoals opvoedingsvoorlichting, ontwikkelingsstimulering, sociale ondersteuning, parenting training, beïnvloeding van omgevingsfactoren, parent education, pedagogische preventie,…

Samenhangend met deze diverse terminologie vinden we ook verschillende **definities** terug van het begrip ‘opvoedingsondersteuning’. We vermelden hier de definitie van Vandemeulebroecke (2000, p. 3):

> *“Opvoedingsondersteuning fungeert als koepelbegrip, waarmee we verwante realiteiten die zich op diverse domeinen afspelen, pogen te vatten. Met opvoedingsondersteuning duiden we in feite het geheel van (beleids-)maatregelen, voorzieningen en activiteiten aan, die erop gericht zijn de mogelijkheden van primaire opvoedingsmilieus aan te spreken, te ver-rijken of te optimaliseren, teneinde aan kinderen en jongeren optimale opvoedings- en ontwikkelingskansen te bieden”.*

Hier gaat het om het ‘enge’ begrip opvoedingsondersteuning. Nys en Vandemeulebroecke (2000) menen echter dat opvoedingsondersteuning niet alleen staat. Er kan als vorm van opvoedingsondersteuning ook ingewerkt worden op andere beïnvloedende factoren van de opvoeding (ouder-, kind-, omgevings- (zowel binnen als buiten de voorziening) en gezinskenmerken). Wanneer gesproken wordt over het inwerken op deze ruimere factoren, wordt meestal de term ‘*gezinsondersteuning*’ gebruikt:
Dit sluit aan bij een andere omschrijving van Vandemeulebroecke (2001) die opvoedingsondersteuning beschouwt als een multidimensioneel begrip dat deel uitmaakt van een ruimer, algemeen welzijnsgericht beleid, dat op alle ouders gericht is en dat omschreven kan worden als:

> *“het beleid en de praktijk, gericht op het aanspreken en verrijken van het opvoedingsmilieu, het bewaren en opnieuw in evenwicht brengen van de balans tussen risico- en protectieve factoren en het onthaal, de doorverwijzing en oriëntering naar intensieve, gespecialiseerde begeleiding” (Vandemeulebroecke et al., in press, in: Nys & Wouters, 2001, p. 24).*

Er kan tenslotte ook nog een onderscheid gemaakt worden tussen opvoedingsondersteuning en *ontwikkelingsstimulering*, waarbij ontwikkelingsstimulering verwijst naar ondersteuning van het kind (cf. 6.3).

Er bestaan ook diverse **indelingen** met betrekking tot opvoedingsondersteuning. In het kader van dit draaiboek kiezen we ervoor om een onderscheid te maken tussen opvoedingsondersteuning die individueel plaatsvindt[24] en opvoedingsondersteuning in groep. Met **individuele opvoedingsondersteuning** wordt onder meer gedoeld op individuele begeleiding aan de hand van diverse methodieken (gesprek, modelling, activiteiten, non-verbale therapieën, babymassage,…), handelingsplannen en de methodiek van video-interactiebegeleiding. **Opvoedingsondersteuning in groep** verwijst onder meer naar oudercursussen en oudergroepen.

Van de beide vormen worden verschillende **voordelen** aangegeven.
Met betrekking tot de individuele opvoedingsondersteuning wordt gesteld dat dit soms minder bedreigend is voor de ouder, zeker waar het gaat om het gevoelige onderwerp van opvoeding en ouderschap. Daarnaast kan via individuele opvoedingsondersteuning soms beter ingespeeld worden op de individuele noden én mogelijkheden van de ouder en haar kind.

Wat betreft opvoedingsondersteuning in groep worden als pluspunten onder meer aangegeven dat er in groep meer sociale steun en herkenning is, waardoor er ook 'erkenning' wordt gevoeld. Gedeelde ervaringen maken dat de ouder zich minder alleen voelt staan en dat zo isolement doorbroken wordt. Ten derde worden de competentie, het zelfwaardegevoel en het zelfvertrouwen van de ouder versterkt, ouders kunnen een voorbeeld zijn voor elkaar en leren van elkaar, wat betekent dat de professionele invalshoek minder dominant wordt. Deze gelijkwaardige verhouding tussen groepsleden biedt bovendien de mogelijkheid om op méér aangesproken te worden dan alleen het hebben van problemen. Tenslotte biedt de bundeling van (ervarings)kennis in een groep veel nieuwe inzichten en is een groep meer efficiënt en kostenbesparend (Bakker & Blokland, 2001; Blokland, 2001; Remmerswaal, 2001).

We willen hier ten slotte nog even ingaan op verschillende **elementen** van opvoedingsondersteuning. Uit de bespreking van de diverse methodieken zal immers duidelijk blijken dat één methodiek niet voldoende is om al deze elementen te omvatten.
Opvoedingsondersteuning kan enerzijds focussen op het bieden van **taakverlichting** aan de ouders (bijvoorbeeld door praktische steun) en anderzijds op het versterken van de ouderlijke competentie. Dit laatste element – het versterken van de **ouderlijke competentie** – kan onderverdeeld worden in drie delen: het vergroten van de kennis en het inzicht van ouders (informatie geven), het aanreiken en versterken van vaardigheden en competentie van ouders en ten derde het bevorderen van steun en zelfvertrouwen en het bieden van emotionele steun.

Dit wordt uitgewerkt door Bakker en Blokland (2001):

1. ***Het vergroten van kennis en inzicht over:***
   - *kinderlijke ontwikkeling en behoeften van kinderen*
   - *ontwikkelingsstimulering (taal en spelen)*
   - *gedragsbeïnvloeding: beloning en straf*
   - *onderwijssysteem*
   - *voorzieningen in de buurt.*

2. ***Versterken van vaardigheden en competentie:***
   - *communicatieve vaardigheden*
   - *grenzen stellen*
   - *probleemoplossende vaardigheden*

[24] We spreken hier over één cliënt(systeem) samen met één hulpverlener. Dit cliëntsysteem kan de ouder alleen zijn, het kind alleen of de ouder en het kind samen.

- *vaardigheden gericht op participatie.*

3. ***Steun en zelfvertrouwen bevorderen:***
   - *bevestigen in rol als opvoeder*
   - *zelfvertrouwen versterken*
   - *uitbreiding contacten/ netwerk*
   - *gebruik maken van hulpbronnen.*

In opvoedingsondersteuning is het essentieel dat al deze verschillende aspecten – uiteraard naargelang de noden van elke ouder – aan bod kunnen komen door middel van diverse methodieken.

9.2 VISIE OP OPVOEDINGSONDERSTEUNING

Opvoedingsondersteuning dient gestoeld te zijn op een duidelijke en specifieke visie. We willen hier enkele basiselementen van deze visie belichten, samen met de implicaties van deze visie voor de houding van begeleiding.
Het is essentieel dat in elke pedagogische ondersteuning wordt gefocust op de **sterktes** van de ouder, op de dingen binnen de opvoeding en omgang met het kind die goed lopen en op alles wat de ouder **goed** doet (Hans et al., 1999). Het is in die zin essentieel om de ouder in zijn/haar rol als ouder, huisvrouw of -man, partner,… te erkennen en de inspanningen die zij doet ook te benoemen. Dit alles kan er toe bijdragen dat het negatieve zelfbeeld positief wordt omgebogen (Dalle, 2000) en beschuldigend en stigmatiserend werken vermeden wordt.

Hier willen we opnieuw verwijzen naar de **empowerment**-gedachte. De 'ondersteuning' van de opvoeding is gericht op de opvoedings*relatie* én de contextfactoren, op het herstel van het opvoedingsproces, op het minimaliseren van risicosituaties en stressfactoren en op het optimaliseren en ontwikkelen van beschermende en ondersteunende factoren die op verschillende niveaus betrekking kunnen hebben. Daarnaast impliceert het '*onder*steunen' dat het een niet-bevoogdend optreden betreft (Nys & Wouters, 2001). Zo biedt het uitgaan van de sterke kanten en mogelijkheden meteen perspectieven voor het tot stand brengen van een meer gelijkwaardige positie voor ouder en 'ondersteuner' en van een dialoog over de opvoeding (Nys & Vandemeulebroecke, 2000).

De deskundige moet dan ook een **dialogale grondhouding** aannemen (Vandemeulebroecke, 2000), waarbij er steeds van uitgegaan wordt dat de **principiële verantwoordelijkheid** voor de opvoeding bij de opvoeders ligt, die indien nodig daarbij geholpen kunnen worden (Vandemeulebroecke, 1995 in: Nys & Vandemeulebroecke, 2000; Voets & Michielsen, 2000).

Ouders met vragen of problemen mogen niet beschuldigd worden, maar moeten erkend worden in hun opvoedingsverantwoordelijkheid. In die zin mogen ze niet benaderd worden in termen van ouders die tekort schieten, maar wel in termen van ouders die – net zoals andere ouders – vragen of twijfels kunnen hebben over de opvoeding en erkend (willen) worden in hun ouderrol en opvoedingsverantwoordelijkheid (Nys & Wouters, 2001). Hun vragen moeten ernstig genomen worden; ze mogen geen standaardantwoorden krijgen waardoor hun handelingsruimte beperkt zou worden, maar er moet samen naar een antwoord worden gezocht (Vandemeulebroecke, 2000).
Het is dus de ouder die de beslissingen neemt, zij is verantwoordelijk voor haar kind en haar gezin, niet de hulpverlener. Het is belangrijk dat men er in de voorziening over waakt om niet in een soort 'concurrentiestrijd' te gaan met de ouder om de zorg voor het kind op te nemen of 'beste ouder' te zijn (Lynen, 2000).

Het is ontzettend belangrijk om steeds appèl te doen op de kennis en kunde van de ouder zelf, om er steeds van uit te gaan dat zij – als ouder – nog steeds **zelf het beste** weet wat goed is voor haar kind, dat niemand het beter weet dan zij (Blokland, 2001). Het is van groot belang dat men zich als begeleider vanuit die houding opstelt en dat een begeleider in die zin ook voortdurend aangeeft dat niemand dé waarheid over opvoeding in pacht heeft, dat iedereen (ook zijzelf!) fouten maakt en al doende moet leren wat een 'goede' opvoeding kan zijn. Mensen mogen mislukken, moeten kansen krijgen om te 'leren' (Dalle, 2000). Een confronterende benadering met de focus op de negatieve punten moet dan ook vermeden worden!
Hierbij aansluitend dient de begeleiding een **houding van respect** voor de leefwereld en waarden van het gezin aan te nemen. Dit betekent dat men als steunfiguur, begeleider of hulpverlener niet de eigen normen als uitgangspunt neemt, maar zich inleeft in de wereld van het gezin en deze begrijpt en aanvaardt (Dalle, 2000).

Bovendien is het belangrijk om eerst een **vertrouwensrelatie** op te bouwen met de ouder vooraleer dit moeilijk en gevoelig punt van de opvoeding aan bod komt. Indien er geen vertrouwensband is tussen ouder en begeleider en tussen de ouders onderling, zal er geen ruimte zijn om de opvoedingsrelatie aan bod te laten komen. Voldoende tijd nemen om de band te laten groeien en hierin het tempo van de ouder volgen zijn noodzakelijk.

Dit betekent ook dat zo veel mogelijk **vraaggericht** moet gewerkt worden, dat steeds moet uitgegaan worden van de vraag, de verwachtingen en de ervaringen van het gezin en dat het **ritme** van het gezin moet gevolgd worden (Dalle, 2000). Hermanns (1995) beschouwt het zelfs als essentieel aan opvoedingsondersteuning dat de eigen vragen, behoeften en problemen van de ouder het uitgangspunt zijn voor het professioneel handelen.

Tenslotte willen we nogmaals het belang van een **integrale benadering** van opvoedings-ondersteuning benadrukken. Ook in opvoedingsondersteuning kan het niet alleen gaan over de opvoeding in strikte zin, maar gaat het ook over relationele en sociale problemen, probleemoplossende vaardigheden, psychische problemen van de ouder, het versterken van het sociaal netwerk, zelfzorg, communicatievaardigheden, financiële problemen, eigen (traumatische) ervaringen,… (Webster-Stratton, 1994).

9.3 OPVOEDINGSONDERSTEUNING IN HET PROGRAMMA

9.3.1 Fasering in het opvoedingsondersteunende aanbod

Als algemeen uitgangspunt moet de opvoeding, de opvoedingsrelatie en –situatie reeds **van bij het begin** in de begeleiding binnen gebracht worden. Tegelijkertijd is het van belang om in teamverband – en in samenspraak met de ouder – **individueel** te overwegen wanneer welke opvoedingsondersteunende programma-elementen door een ouder kunnen mee gevolgd worden. Hierbij is het van belang om het opvoedingsondersteunende aanbod voor elke ouder op regelmatige tijdstippen te evalueren en indien nodig bij te sturen.
Bij het bepalen van het opvoedingsondersteunende aanbod voor een ouder dienen volgende **aspecten** in overweging te worden genomen:

- Wat is de draagkracht van de ouder, zowel wat betreft de zwaarte van het programma als wat betreft de confrontatie met diverse aspecten van de opvoedingssituatie?
- Wat zijn positieve elementen in de omgang van ouder en kind? Wat zijn de noden van de ouder wat betreft de opvoedingssituatie?
- Heeft de ouder zelf ondersteuningsvragen naar de opvoeding toe?
- Wat zijn de ondersteuningsnoden en wat is de draagkracht van het kind? Heeft het kind nood aan/baat bij een bepaald pedagogisch ondersteuningsaanbod?
- Hoe is de huidige samenstelling van de groep?

Naast het individueel bepalen van elk aanbod kan ook een aantal meer algemene bepalingen omtrent de **fasering** van opvoedingsondersteuning aangegeven worden:

In het **begin** van het programma staan volgende elementen centraal:

- diagnostische fase: observatie van de omgang van de ouder met het kind en van de opvoedingssituatie
- controle op het kind (zorg, veiligheid,…)
- ondersteuning van de ouder zodat de omgang met het kind vrij vlot kan verlopen (beperken van faalervaringen), maar waarbij ook te dicht ‘op het vel zitten’ vermeden wordt. Dit betekent: ondersteunend *aanwezig* zijn door de teamleden en het scheppen van een duidelijk kader (dag- en weekstructuur, structuur in de ruimtes)
- specifieke praktische ondersteuning (bijvoorbeeld het helpen klaarmaken van babyvoeding, het leren wassen van het kind,…) kan nodig zijn; het inschakelen van externe ondersteuning (zoals Kind en Gezin) hiervoor kan door de ouder soms als minder bedreigend en afbrekend worden ervaren
- deelname aan oudergroepen: ondersteuning en (h)erkenning vinden, een antwoord vinden voor concrete, dagelijkse opvoedingsproblemen bij andere ouders (minder bedreigend).

In de **tweede fase** van het programma komt de nadruk meer op:

- de ouder-kindrelatie, de hechting tussen ouder en kind en de omgang van de ouder met het kind (video-interactiebegeleiding, oudergroepen, babymassage, individuele begeleiding van ouder en kind,…)
- informatieverstrekking en aanleren van specifieke opvoedingsvaardigheden (oudercursussen, individuele begeleiding)
- doorwerken van eigen problematiek omtrent het ouderschap (individuele begeleiding, oudergroepen)
- aandacht voor specifieke problemen bij het kind; specifieke kindgerichte interventies.

In de **derde fase** worden de elementen van de tweede fase verder doorgewerkt, naargelang de individuele noden van ouder en kind. Extra aandacht dient hier te gaan naar de contacten met gezin en familie en met externe organisaties en diensten.

Specifieke accenten zijn uiteraard nodig bij bepaalde doelgroepen, zoals zwangere vrouwen en moeders met een pasgeboren kind (cf. hoofdstuk 7).

Bij de overgang naar een meer **open vorm van wonen** in het programma (i.c. het halfweghuis) is er meestal een korte terugkeer naar de elementen van de eerste fase (controle op het kind, specifieke en praktische ondersteuning van de ouder). In deze fase zijn reïntegratie in de maatschappij (in zijn diverse facetten) en diverse contacten met externe organisaties en diensten van groot belang. Verdere deelname aan de oudergroepen van het residentiële programma kunnen de ouder blijven ondersteunen én kunnen ook het zelf-waardegevoel van de ouder bevorderen doordat zij in deze groepen een modelfunctie kan hebben ten aanzien van de jongere ouders in het programma.

Bij de vormgeving aan opvoedingsondersteuning moet dus rekening gehouden worden met de individuele ondersteuningsnoden van elke ouder, moet de fasering van het programma een plaats krijgen en tenslotte moet ook rekening gehouden worden met de **context** zelf. Dit laatste element impliceert dat rekening moet gehouden worden met de samenstelling en het tempo van de groep, met het groepsproces, met het tempo van de individuele deelnemers, met de beschikbare tijd voor opvoedingsondersteuning binnen het programma en met de leeftijd van de kinderen van de deelnemers.

We willen hier tenslotte nogmaals benadrukken dat het bovenal essentieel is dat er een **ruim aanbod** is van diverse opvoedingsondersteunende methodieken, zodat aan uiteenlopende aspecten van opvoeding en aan de specifieke noden van individuele ouders en kinderen kan tegemoet gekomen worden.

9.3.2 Wie is verantwoordelijk voor de uitvoering?

Een belangrijke vraag bij de vormgeving aan opvoedingsondersteuning binnen een voorziening is die naar de ‘uitvoerder’ van deze ondersteuning. Hierbij kunnen er algemeen twee opties onderscheiden worden:
Een **eerste optie** is dat één persoon van het team deze begeleiding op zich neemt. Dit betekent dat deze persoon niet wordt ingeschakeld binnen het therapeutisch programma van de ouder, maar zich focust op de pedagogische ondersteuning.
Voordelen van deze optie zijn onder meer dat dit door de ouder als minder bedreigend ervaren wordt en ze zich vrijer kan voelen om een aantal dingen bespreekbaar te stellen. De pedagogische component krijgt op die manier een vaste poot in het team, in de voorziening en in het programma en de pedagogisch begeleider kan voldoende deskundigheid

verwerven omtrent opvoeding, opvoedingsondersteuning en opvoedingsondersteunende methodieken.
Mogelijke *knelpunten* hierbij zijn dat de integratie van opvoedingsondersteuning binnen het programma en het team moeilijker kan verlopen en dat bepaalde elementen die aan bod komen in andere programmaonderdelen (en die van belang zijn binnen de opvoeding) te weinig of niet doorstromen naar het luik opvoedingsondersteuning. Bovendien kan het gebeuren dat andere teamleden het luik 'opvoeding' doorschuiven naar de pedagogisch begeleider zodat het element 'ouderschap' te veel als een afzonderlijk element wordt beschouwd. Tenslotte is een nadeel dat de deskundigheid rond opvoedingsondersteuning zich heel sterk bij één persoon concentreert.

Een **tweede optie** is dat ieder teamlid van de ouder-kindvoorziening ingeschakeld wordt bij de begeleiding in het ouderprogramma én bij de pedagogische begeleiding. In deze optie wordt dus geen onderscheid gemaakt tussen een begeleider en een pedagogisch begeleider; wie ingeschakeld wordt in de begeleiding in de residentiële ouder-kindvoorziening neemt ook (een deel van) het pedagogische luik op zich.

Een bijkomend belangrijk aandachtspunt bij de vormgeving aan de pedagogische ondersteuning is het zorgen voor voldoende **continuïteit,** zowel wat betreft continuïteit in persoon als in regelmaat van gesprekken en activiteiten. Zeker naar de individuele begeleiding van de ouder toe is deze continuïteit heel belangrijk. Dit kan betekenen dat deze individuele begeleider ook in de **nazorg**fase (halfweghuis, ambulant) de verdere pedagogische begeleiding op zich blijft nemen.

Hierbij aansluitend willen we ook nog even terugkomen op de 'uitvoerder' van de begeleiding van het **kind**. Ook hier zijn verschillende mogelijkheden:

- één persoon focust zich op deze begeleiding
- deze begeleiding zit in het takenpakket van àlle begeleiders
- de pedagogisch begeleider neemt dit luik op zich; dit betekent dat deze persoon zowel de pedagogische begeleiding van de ouder (wat ook kan betekenen het begeleiden van bepaalde gesprekken of activiteiten met ouder en kind samen) als de specifieke begeleiding van het kind doet.

9.3.3 Houding en deskundigheid van de begeleider(s)

- **Houding**

Reeds eerder werd stilgestaan bij de visie op opvoedingsondersteuning en de mogelijke implicaties hiervan voor de houding van de (pedagogisch) begeleiders. De algemene attitude dient er een te zijn van meerzijdige empathie, **meerzijdige partijdigheid**. Dit betekent dat iedereen zoveel mogelijk empathie voor de positie van het kind én van de ouder met elkaar probeert te verenigen – ieder kijkt immers vanuit de eigen werkrelatie met de ouder of met het kind. Het teamwerk dient dan ook gericht te zijn op het bevorderen van deze meevoelende én begrijpende beweging voor alle betrokken actoren (Voets & Michielsen, 2000).
Dit betekent dat een professionele, sensitieve en responsieve houding noodzakelijk is, met een positieve en ondersteunende benadering die zorgvuldig en respectvol is (Blokland, 1996). Ouders vinden respect en acceptatie immers heel belangrijk en willen in hun waarde gelaten worden. In die zin is het als begeleider heel belangrijk om sensitief te reageren, zonder veroordelend te zijn. Opvattingen en meningen, waarden en normen van ouders dienen gerespecteerd te worden en de begeleiders dienen te erkennen dat er meerdere

manieren zijn om met kinderen om te gaan en op hun gedrag te reageren (Burggraaff-Huiskes, 2001a).

Begeleiders moeten zich er bovendien steeds van bewust zijn dat zij als **rolmodel** fungeren voor de bewoners. Dit vereist deskundigheid, bewustzijn van deze rol en ook een zekere verantwoordelijkheid om het ‘goed te doen’ (Burggraaff-Huiskes, 2001a).

- **Deskundigheid**

Pedagogische begeleiders moeten een aantal specifieke competenties en deskundigheid bezitten, namelijk pedagogische deskundigheid, agogische deskundigheid en flexibiliteit en de mogelijkheid om deze verschillende aspecten van de deskundigheid te integreren (Vandemeulebroecke, 2001).

Specifiek kunnen volgende aspecten worden aangegeven (Blokland, 1996; Burggraaf-Huiskes, 2001a):

- ***Kennis****: theoretische en praktische kennis op het gebied van opvoeding en ontwikkeling, inzicht in de meest voorkomende opvoedingsvragen van ouders en factoren die daarop inwerken, kennis van gezinsinteracties en opvoedingspatronen, op de hoogte zijn van diverse ondersteunings- en hulpverleningsmogelijkheden voor ouders.*

- ***Vaardigheden****: goede communicatieve vaardigheden, analytisch vermogen (snel de kern van een opvoedingsvraag of –probleem kunnen inschatten), pedagogische kennis kunnen vertalen in bruikbare informatie en praktische adviezen aan ouders, de capaciteit om methodisch te kunnen werken en vorm te kunnen geven aan een vraaggerichte werkwijze, sociale vaardigheden en strategisch inzicht ten behoeve van netwerkontwikkeling.*

- ***Attitudes****: leiding nemen, kennismaken, luisteren, verbale ondersteuning, vragen stellen, samenvatten, lichaamstaal herkennen, structureren, tijdsbewaking, positief labelen, beeldspraak, interculturele communicatie, afronden, confronteren, omgaan met weerstand, informatie geven, adviseren en verwijzen.*

SAMENVATTEND
HOOFDSTUK 9: OPVOEDINGSONDERSTEUNING IN EEN RESIDENTIËLE SETTING

9.1 Wat is opvoedingsondersteuning?

Verschillende termen en definities van opvoedingsondersteuning kunnen gegeven worden. Er kan ook onderscheid gemaakt worden tussen individuele opvoedingsondersteuning en opvoedingsondersteuning in groep. Beide vormen hebben voor- en nadelen, zodat het opvoedingsondersteunende aanbod in het programma beide vormen moet omvatten.
Opvoedingsondersteuning richt zich enerzijds op het bieden van taakverlichting aan de ouders en anderzijds op het versterken van de ouderlijke competentie. Dit laatste element verwijst naar het vergroten van kennis en inzicht, het aanreiken en versterken van vaardigheden en competentie, het bevorderen van steun en zelfvertrouwen en het bieden van emotionele steun.

9.2 Visie op opvoedingsondersteuning

De visie op opvoedingsondersteuning moet gebaseerd zijn op de empowerment-idee: uitgaan van de sterktes van de ouder en focussen op wat de ouder reeds goed doet. In die zin moet de begeleider een dialogale grondhouding aannemen, waarbij de principiële verantwoordelijkheid voor de opvoeding en voor het kind steeds bij de ouder blijft liggen.
Erkenning van die verantwoordelijkheid en het ernstig nemen van vragen zijn hier centrale elementen. Uitgaan van de vragen van de ouder zelf (vraaggericht werken) en het ritme van het gezin volgen zijn belangrijk. De begeleider dient in die zin ook uit te gaan van een houding van respect die gekaderd is binnen een vertrouwensrelatie.
Tenslotte dient opvoedingsondersteuning integraal benaderd te worden, waarbij ook andere problemen van de ouder en het gezin een plaats kunnen krijgen binnen opvoedingsondersteuning.

9.3 Opvoedingsondersteuning in het programma

Wat betreft de fasering kunnen enkele richtlijnen worden aangegeven:

- Opvoedingsondersteuning moet reeds van bij het begin in de begeleiding binnengebracht worden, wel dient dit per gezin bekeken te worden.
- In de eerste fase van het programma ligt de nadruk vooral op diagnostiek, controle op het kind, voorzichtige ondersteuning van de ouder, specifieke praktische ondersteuning en deelname aan oudergroepen; in de tweede fase ligt de nadruk meer op de ouder-kindrelatie, kennis en opvoedingsvaardigheden, eigen problematiek omtrent ouderschap en specifieke problemen bij het kind en de derde fase tenslotte richt zich op het doorwerken en consolideren van de elementen uit de eerste en tweede fase.
- Bij de overgang naar meer open vormen van wonen ligt de nadruk opnieuw meer op controle van het kind en specifieke en praktische ondersteuning van de ouders. Verder staat reïntegratie in het maatschappelijk leven hier centraal.

- Voor zwangere vrouwen en moeders met een pasgeboren kind dient een specifiek opvoedingsondersteunend aanbod te worden gecreëerd.

Eén persoon in het team kan deze begeleiding op zich nemen, ofwel kan ieder teamlid van de voorziening hier een verantwoordelijkheid in dragen. Beide opties hebben voor- en nadelen. Continuïteit in de persoon van de pedagogisch begeleider is belangrijk. Wat betreft de houding van de begeleiders staat meerzijdige partijdigheid centraal met een professionele, ondersteunende en respectvolle benadering. De pedagogische begeleiders dienen specifieke deskundigheid te hebben, zowel wat betreft kennis, vaardigheden als attitudes.

HOOFDSTUK 10: INDIVIDUELE OPVOEDINGSONDERSTEUNING

10.1 INDIVIDUELE BEGELEIDING

Er kan individuele begeleiding plaats vinden van de ouder alleen, van het kind alleen (cf. 6.3) of van ouder en kind samen.

10.1.1 Individuele begeleiding van de ouder

- **Waarom kiezen voor individuele begeleiding van de ouder?**

Individuele begeleiding van de ouder is belangrijk om in te gaan op specifieke ondersteuningsnoden van deze ouder en op problemen en knelpunten die door de ouder moeilijk in groep kunnen besproken worden (omwille van de ernst van de problematiek of omdat de ouder deze problemen niet in groep durft te brengen). Soms kunnen in deze gesprekken ook elementen aan bod komen die de begeleiding zelf wenst te bespreken.

- **Mogelijke inhouden**

Diverse elementen kunnen in deze begeleiding aan bod komen (Blokland, 1996):

- informatie en voorlichting
- advies en begeleiding
- emotionele steun en feedback
- praktische/instrumentele steun
- modelling/voorbeeldgedrag
- het mobiliseren van sociale steun
- signaleren en verwijzen.

- **Werkvormen**

Individuele begeleiding kan op diverse manieren gebeuren:
Gesprekken met de ouder: deze gesprekken hebben bij voorkeur wekelijks plaats op een vast moment met een afgelijnde duur (bijvoorbeeld één uur). In deze gesprekken kunnen eventueel specifieke methodieken worden gebruikt (bijvoorbeeld gedragstherapeutische methodieken, Stap voor Stap[25] (Uittenbogaard et al., 1996), het Stroomdiagram (Timmers-Huigens, 1994), Stappenplan voor adviesgesprekken (Gerards, 1993) en diverse methodieken uit het boek 'Methodiek van Pedagogisch Adviseren' (Blokland, 1996)).

Modelling: in sommige situaties is een meer aanschouwelijke vorm van ondersteuning effectiever, in de vorm van modelling of voorbeeldleren. De techniek van 'modelling' maakt gebruik van het feit dat mensen geneigd zijn hun gedrag en denken te spiegelen aan voor hen belangrijke anderen. Verder speelt hier het gegeven mee dat veel mensen het beste leren van voorbeelden. Het is dan niet voldoende om te vertellen wat er van hen verwacht wordt: ze hebben een voorbeeld – een 'model' – nodig (Sproet et al., 2001). De pedagogisch

[25] Stap voor Stap is een stappenplan om ouders met jonge kinderen te begeleiden bij opvoedingsvragen.

begeleider kan in deze individuele begeleiding als model fungeren[26]. In eerste instantie gebeurt dit door zijn houding in gesprekken (respect, luisteren,…), maar dit kan ook door het voordoen van bepaalde handelingen of door – wanneer het kind in de buurt is tijdens het gesprek – in te spelen op bepaalde situaties die zich voordoen met het kind (bijvoorbeeld op een bepaalde manier reageren op lastig gedrag van het kind of een conflictsituatie hanteren). Het voordeel is dat de ouder heel concreet ziet hoe gereageerd kan worden in een bepaalde situatie en wat het effect daarvan is (Blokland, 1996). Een belangrijk nadeel is dat het heel betuttelend kan overkomen voor de ouder en ze nog meer het gevoel kan krijgen dat ze niets kan…
Een specifieke vorm van voorbeeldleren is die waarbij gebruik gemaakt wordt van de *videocamera*. We komen hier op terug bij de bespreking van de methodiek 'video-interactiebegeleiding'.

10.1.2 Individuele begeleiding van ouder en kind

- **Waarom kiezen voor individuele begeleiding van ouder en kind?**

Naast de individuele begeleiding van de ouder of het kind apart kunnen ouder en kind ook samen begeleid worden. Door het samen zien van ouder en kind kan beter waargenomen worden hoe de ouder met haar kind omgaat en hoe het kind reageert op de ouder. Zo kan vlugger en efficiënter worden ingespeeld op de specifieke noden en mogelijkheden van dit gezinssysteem. Deze manier van werken is ook belangrijk om bepaalde moeilijke thema's of conflicten die leven tussen ouder en kind bespreekbaar te maken en uit te klaren.

- **Mogelijke inhouden**

Diverse inhouden kunnen hier aan bod komen:
- bevorderen van de hechting tussen ouder en kind
- leren omgaan met specifieke problemen in de omgang van de ouder met het kind, de omgang van de ouder met het kind optimaliseren
- samen doorwerken van bepaalde problemen, moeilijke thema's of conflicten die tussen ouder en kind leven.

- **Werkvormen**[27]

Via **gesprekken** met ouder en kind samen kan therapeutisch gewerkt worden, bijvoorbeeld over het verslavingsverleden van de ouder. Uiteraard is dit slechts mogelijk wanneer het kind reeds wat ouder is.

Modelling van bepaalde gedragingen, aan de ouder leren hoe om te gaan met bepaalde situaties door het voordoen of – liever nog – het samen doen van bepaalde activiteiten.

Non-verbale therapieën (bijvoorbeeld speltherapie, muziektherapie, beeldende therapie, beweging- of danstherapie, babymassage,…) vormen een uitstekend medium om op een heel speelse, ongedwongen manier een prettige interactie tussen ouder en kind te creëren. Het bevorderen van de hechting tussen ouder en kind, het leren samen genieten en het leren stimuleren van de ontwikkeling van het kind staan hier centraal.

[26] Modelling vindt ook in heel wat dagelijkse situaties plaats, waarbij de ouder dingen overneemt van andere ouders, bewoners of begeleiders.
[27] Voor specifieke technieken en mogelijke inhouden van de individuele begeleiding verwijzen we ook naar Rink (1995, pp. 78-80).

Samen een activiteit doen: het begeleiden van gewone, **dagdagelijkse activiteiten** tussen ouder en kind (bijvoorbeeld het wassen van het kind, samen een maaltijd klaarmaken, een gezelschapsspel spelen,…) kan een belangrijke ingang bieden om aan ouders die heel onervaren en onzeker zijn bij de omgang met hun kind (zeker waar het pasgeboren kinderen betreft) op korte termijn een aantal vaardigheden mee te geven en op die manier een basis te leggen voor de opbouw van een hechte ouder-kindband. Een belangrijke *valkuil* hierbij is wel dat het samen doen (met de begeleider) van een 'gewone' activiteit door de ouder als erg vernederend kan ervaren worden ('zelfs dat kan ik nog niet'). Bovendien kan de ouder de begeleider ervaren als een 'indringer', zowel een indringer in huis als in de intieme omgang met haar kind.
Er kan ook voor geopteerd worden om een **specifieke activiteit** in een aparte ruimte te doen (ouder, kind en begeleider). Hier staat de algemene omgang van de ouder met haar kind meer centraal en wordt minder gefocust op het aanleren van specifieke vaardigheden. Gezien het hier gaat om een heel specifieke activiteit kan dit door de ouder als minder bedreigend ervaren worden. De generalisering van de geleerde vaardigheden en een andere manier van omgaan met het kind naar de dagdagelijkse realiteit kan hier wel moeilijker verlopen.
Inhoudelijk kan het gaan om de hogervermelde non-verbale therapieën of het kan gaan om het samen doen van een bepaalde speciale activiteit (bijvoorbeeld gaan zwemmen, kledij gaan kopen voor het kind, naar de speeltuin gaan,…). Belangrijk is om de ouder ook hier steeds ouder te laten zijn, haar alle verantwoordelijkheid over haar kind te laten. Ook in deze situatie moet de ouder gezien en benaderd worden als dé expert van haar kind!

10.2 HANDELINGSPLANNING

In hulpverlening en begeleidingsprogramma's wordt de laatste jaren meer gebruik gemaakt van 'handelingsplannen'. Toch zijn deze handelingsplannen nog heel divers, wat betreft inhoud, opstelling en opsteller(s) en de bespreking ervan.
Handelingsplannen vormen op zich geen specifieke opvoedingsondersteunende methodiek. Toch wordt ervoor geopteerd om deze methodiek binnen het kader van de opvoedingsondersteuning te bespreken omdat de componenten 'opvoeding' en de ouder-kindrelatie een belangrijke plaats innemen binnen het handelingsplan in residentiële ouder-kindvoorzieningen.

Eén van de centrale **doelstellingen** van het regelmatig opstellen van een handelingsplan is dat het voor elke bewoner én voor het team telkens opnieuw een belangrijk reflectiemoment betekent over vragen als: Waar sta ik nu? Welke doelstellingen heb ik reeds bereikt? Welke doelstellingen zie ik nog voor mij en hoe wil ik die verder realiseren? Op die momenten valt de dagelijkse gang van zaken even stil en wordt er een aantal zaken op een rijtje geplaatst om te zien of de ingeslagen (be)handelingsweg wel de juiste is en hoe men eventueel de koers kan bijsturen.

In wat volgt bespreken we de manier waarop in de **Tipi** wordt omgegaan met handelingsplannen, de inhoud en opstellers ervan.
In de Tipi wordt verwacht dat de moeder ongeveer een maand na de komst van haar kind de werkpunten die zij reeds in het onthaalprogramma formuleerde betreffende de opvoeding van haar kind toetst aan een aantal **basisvoorwaarden** (omtrent onder meer lichamelijke verzorging, gezondheid, voeding, hygiëne, veiligheid en structuur). Het gaat hier dus nog niet om het opmaken van een volledig handelingsplan.
Bij de overgang naar de **tweede fase** van het programma (na ongeveer twee à drie maand) wordt van de moeder verwacht dat zij een volledig handelingsplan opstelt waarin ze nieuwe werkpunten formuleert. Het is uiteraard van groot belang dat de ouder bij het opstellen van dit handelingsplan voldoende **ondersteuning** krijgt. Het samen opmaken van dit plan met de individuele begeleider is dan ook heel belangrijk.

Er wordt voor een dergelijke **stapsgewijze benadering** gekozen omdat de meeste moeders met een sterk schuldgevoel kampen of zich in het begin niet echt bewust zijn van hun attitude als moeder en van de noden van hun kind. Vanuit de krachtlijn dat een moeder zich in de Tipi veilig moet kunnen voelen en zich niet beoordeeld, veroordeeld of afgeschrikt moet voelen, wordt er bewust 'stapsgewijs' gewerkt naar een ruime handelingsplanning toe.

Eenmaal de moeder zich in de tweede fase bevindt, wordt verwacht dat zij zichzelf **tweemaandelijks** evalueert, wat een regelmatige bijsturing en actualisering van het handelingsplan garandeert.

Wat de **inhoud** van het handelingsplan betreft, is het belangrijk om vier verschillende delen aan bod te laten komen, namelijk werkpunten naar zichzelf (naar de ouder) toe, werkpunten met betrekking tot het kind (specifieke initiatieven om de ontwikkeling te stimuleren of bepaalde knelpunten aan te pakken), werkpunten naar de opvoeding en de band met het kind toe en werkpunten naar de contacten en relaties met de omgeving (familie, professionele voorzieningen, sociaal netwerk).
Uiteraard zijn deze delen nauw verbonden met elkaar. Ze kunnen dan ook in één handelingsplan worden opgenomen of ze kunnen in verschillende handelingsplannen aan bod komen. Hieronder worden kort de inhouden van het handelingsplan rond de opvoeding en de moeder-kindinteractie zoals het in de Tipi gehanteerd wordt opgesomd. In bijlage 7 zijn alle handelingsplannen opgenomen.

- zelfredzaamheid en zelfstandigheid
- lichamelijke verzorging
- gezondheid, voeding en hygiëne
- veiligheid en structuur
- grove en fijne motoriek
- spraak en taal
- vorming en spel (cognitieve ontwikkeling)
- relatie moeder en kind
- waarden en normen (morele ontwikkeling)
- seksuele ontwikkeling
- emotionele ontwikkeling
- contact met leeftijdsgenoten
- contact met familie.

Uiteraard hoeven niet al deze items zo puntsgewijs beantwoord te worden; deze opsomming geeft enkel een overzicht van mogelijke thema's die in het handelingsplan aan bod kunnen komen.

Tenslotte willen we nog vermelden dat men er soms voor opteert om het handelingsplan ook met medebewoners te bespreken ('**handelingsplanbespreking**'). In zo'n bespreking kunnen medebewoners feedback geven omtrent de evolutie die de ouder en haar kind(eren) reeds heeft doorgemaakt en omtrent de nu geformuleerde werkpunten. Dit kan de betrokkenheid van de ouders bij elkaars behandeling en evolutie sterk verhogen.

10.3 VIDEO-INTERACTIEBEGELEIDING

10.3.1 Theoretisch kader en doelstellingen

Videohometraining (VHT) is een thuisbegeleidingsmethodiek die voor het eerst gebruikt werd bij gezinnen met opvoedingsproblemen (Ghesquière, 1993). Later werd deze methodiek ook bij andere doelgroepen aangewend, zoals drugverslaafde ouders (Derluyn et al., 2000).
Ook in residentiële settings kreeg deze methodiek voet aan de grond, onder meer om te werken rond de omgang tussen begeleiders en kinderen en rond de teamwerking. Wanneer deze methodiek wordt gehanteerd in residentiële settings wordt meestal de term 'video-interactiebegeleiding' (VIB) gebruikt[28].

- **Het theoretisch kader van VHT**

Het theoretisch kader van VHT is de theorie van de basiscommunicatie. Naast deze theorie worden door diverse auteurs nog enkele andere theoretische kaders gehanteerd die (mede) kunnen verklaren waarom VHT veranderingen zou kunnen bewerkstelligen. Na de bespreking van de theorie van basiscommunicatie gaan we kort in op de andere theoretische kaders.

Theorie van basiscommunicatie
De theorie van basiscommunicatie is geïnspireerd op het onderzoek van Trevarthen (Ghesquière, 1993). Dit ethologisch onderzoek – waar nauwkeurige observaties van spontane ouder-kindinteracties centraal staan – leidde tot de ontwikkeling van een communicatietheorie met expliciete aandacht voor de invloed van **lichaamstaal** in intermenselijke contacten (Blokland, 2001). In de theorie van de basiscommunicatie wordt gefocust op de interactie tussen ouder en kind. Hierbij gaat men ervan uit dat ouders en kinderen verlangen naar een goed contact en dat er een soort '**basale betrokkenheid**' bestaat tussen ouders en kinderen (Ghesquière, 1993). Dit betekent dat men meent dat het verlangen naar goed contact bij iedere ouder leeft, zelfs als dat verlangen niet meer zichtbaar is (Dekker & Biemans, 1994). Kinderen hebben immers een fundamentele behoefte aan aandacht van hun ouders en lokken dus interactie met de ouder(s) uit. In normale situaties reageren de ouders op deze initiatieven van het kind, waardoor het kind weer verder kan (ibid.)[29].
Ook **opvoedingsproblemen** worden vanuit deze communicatietheorie geduid. Bij opvoedingsspanning of –problemen is er vrijwel altijd sprake van een verstoring in het patroon van basiscommunicatie. De positieve initiatieven van kinderen worden niet gezien of er wordt vooral negatief op ingegaan. Ouders en kinderen zijn in een negatief interactiepatroon terechtgekomen en beleven weinig plezier aan de omgang met elkaar. In deze situaties is er vaak minder oog voor de lichaamstaal van het kind door de ouders en onvoldoende bewustzijn van de eigen lichaamstaal; de aandacht gaat vooral uit naar de gesproken taal, hoewel gevoelens, emoties en contact via lichaamstaal vaak beter kunnen uitgedrukt worden dan via woorden (Dekker & Biemans, 1994).

---

[28] In wat volgt wordt in eerste instantie vooral de term VHT gehanteerd, gezien het theoretisch kader, de doelstellingen en de werkwijze teruggaan op de methodiek van VHT. Waar we het implementatieproces van deze methodiek in De Tipi beschrijven, wordt de term VIB gebruikt.
[29] We willen hier kort verwijzen naar de **contextuele therapie** van Boszormenyi-Nagy (cf. 6.4). Ook Nagy spreekt immers van de onvervangbare band tussen gezinsleden en familieleden door de generaties heen. Vanuit het existentiële feit dat een kind er is door de ouders, is het kind loyaliteit verschuldigd aan de ouder en is de ouder zelf verantwoordelijk voor het kind (Ghesquière, 1993).

Volgens deze theorie heeft het geen zin om veel tijd te steken in een analyse van het probleemgedrag of daarmee samenhangende interactiepatronen. Ook informatie over de ontwikkeling van kinderen of over oorzaken van probleemgedrag bieden in dit stadium geen perspectief voor verandering. Beter acht men het om de aandacht te richten op de momenten waarop **geslaagde interacties** plaatsvinden en die eruit te lichten en te versterken (Blokland, 2001).

We vinden hier twee elementen terug die van belang zijn voor de doelgroep van **drugverslaafde ouders**. Vooreerst sluit deze benadering goed aan bij de reeds vaak vermelde idee van 'empowerment', een belangrijk element van de basisvisie voor het werken met deze doelgroep. Bovendien bleek uit de typering van de doelgroep dat in gezinnen met een drugverslaafde ouder de basiscommunicatie tussen ouder en kind vaak verstoord is, wat onder meer kan leiden tot een slechte hechting tussen ouder en kind. In die zin kan de methodiek van VHT een waardevolle bijdrage leveren aan de behandeling van drugverslaafde ouders met jonge kinderen.

De **kernelementen** van de basiscommunicatie worden gevormd door de contactinitiatieven van het kind, de ontvangstbevestiging daarvan door de ouder en de beurtverdeling. Deze kernelementen manifesteren zich op verschillende wijzen in de diverse leeftijdsfasen van het kind en bepalen de vorm van leidinggeven door de ouders. De contactinitiatieven van kinderen en de ontvangstbevestiging daarvan zijn de belangrijkste vaardigheden in de omgang met kinderen tot ongeveer twaalf jaar, daarna gaat overleg een ander belangrijk aspect van communicatie vormen (Dekker & Biemans, 1994).

Deze kernelementen vinden we terug in de **interactieprincipes** die zich op vier domeinen bevinden. VHT is erop gericht deze principes in het gezin te versterken (Dekker, 1991, pp. 45-47):

- ***Lichaamstaal**: oogcontact en het zich naar het kind toewenden zijn belangrijke non-verbale communicatiemiddelen om de ontvangst van contactinitiatieven uit te drukken.*
- ***Taalinbreng**: de verbale communicatie bepaalt in grote mate de sfeer in een gezin. Een rustige conversatietoon brengt een rustige sfeer tot stand. Daarnaast is het belangrijk om veel te praten over wat er in de omgeving van een kind gebeurt.*
- ***Beurtverdeling**: de ouders moeten erop attent zijn dat alle gezinsleden een evenredige hoeveelheid aandacht krijgen.*
- ***Positief leiding geven**: als ouders activiteiten van hun kinderen willen sturen, is het belangrijk dat ze op een positieve wijze voorzeggen wat ze van hen verlangen.*

Deze interactieprincipes werden verder uitgewerkt en uitgesplitst in een schema. Dit schema dient als basis voor de analyse van de video-opnames door de begeleider (cf. 10.3.2).

Andere theoretische kaders
Er zijn nog enkele andere theoretische kaders van VHT die (mede) de mogelijkheden van deze methodiek kunnen verklaren. Vooreerst zouden er in VHT verschillende principes van de leertheorie werkzaam zijn (Janssens & Kemper, 1996; Muris et al., 1994; Ravelli, 1990; Wels & Oortwijn, 1992), zoals positieve bekrachtiging van dingen die goed lopen in de ouder-kindinteractie, negeren van dingen die niet goed gaan in de ouder-kindinteractie, sociale bekrachtiging en model-leren (de ouders fungeren als hun eigen model van goed gedrag doordat fragmenten van de opnames als feedback worden teruggegeven).
Ten tweede wordt verwezen naar de communicatietheorie: ouders moeten leren responsief reageren op signalen die hun kinderen uitzenden (Janssens & Kemper, 1996).
Tenslotte worden ook de attributietheorie**,** de self-efficacytheorie (persoonlijke doeltreffendheid of effectiviteit), de sociaal-leren benadering en het humanisme als theoretische kaders genoemd (Muris et al., 1994; Ravelli, 1990; Weiner et al., 1994).

- **De doelstellingen van VHT**

De **focus** van VHT is het optimaliseren van het communicatiegedrag van de familieleden met de nadruk op ouderlijke responsiviteit (Jansen & Wels, s.d.). Het is dus niet de complexe problematiek van het gezin die centraal staat – die wordt zelfs niet geanalyseerd (Ghesquière, 1993), maar men concentreert zich op de interacties tussen ouders en kinderen en meer bepaald op dat deel dat nog intact is (Dekker, 1991).

Bij VHT ligt de focus dus op de communicatie en hierbij wordt steeds vanuit een positieve bril gekeken. Het **doel** van VHT is dan ook om steeds positieve interacties te kiezen. Een video-hometrainer probeert immers de natuurlijke, positieve manier van communicatie in alledaagse gezinssituaties te herstellen door het gebruik van onmiddellijke feedback bij een video-opname (Weiner et al., 1994). Men gaat ervan uit dat wanneer de bouwstenen van de communicatie (verbaal en non-verbaal) goed zijn, een positieve sfeer en ontwikkeling zullen volgen (Muris et al., 1994). In die zin is VHT gebaseerd op een model van familiale gezondheid en de bekrachtiging van potentiële familiale sterktes (Weiner et al., 1994).

Men probeert bij VHT uit te gaan van een **ontwikkelingsgerichte, activerende werkwijze**, dus niet van een probleemgerichte (Dekker & Biemans, 1994; Janssens et al., 2001). Dit wil zeggen dat men voor en tijdens de interventie niet eerst uitvoerig het probleem in kaart brengt voordat aan de interventie wordt begonnen. Bovendien wordt tijdens de interventie steeds geprobeerd de geconstateerde problemen te heretiketteren in wat ontwikkeld zou moeten worden. Tekorten worden niet uitvoerig belicht en als tekorten benoemd; het zwaartepunt valt niet op hetgeen als probleem gedefinieerd wordt door begeleider of ouder, maar op hetgeen waartoe ouder of gezin in staat zijn (Dekker & Biemans, 1994). Er wordt door de begeleider steeds gezocht naar mogelijkheden bij de cliënten om het ontbrekende gedrag te ontwikkelen (Janssens et al., 2001).

In die zin stellen Weiner et al. (1994) dat VHT in essentie een **preventieve** benadering is: jonge kinderen zouden minder in gevaar zijn voor mishandelingen als de ouders luisteren naar en antwoorden op de vragen van hun kinderen en ervoor zorgen dat elk lid van de familie aandacht krijgt, als de initiatieven van het kind bemoedigd en ondersteund worden, als ouders naar hun kinderen kijken en praten tegen hen als ze iets samen doen en als er momenten zijn van gedeeld plezier.

- **De voordelen van VHT**

Eén van de voordelen van deze benadering is dat het gemakkelijk kan worden ingelast binnen het casework of de praktijk van familiebehandeling (Weiner et al., 1994).

> *"For the first time in their lives, these families have an opportunity to see and hear what happens between them and their children, together with a skilled, sympathetic witness who understands the needs of their children and can help them to interpret what they are doing. Those parents and children are the key actors on the screen, and the attention they receive is a powerful incentive to progress" (Weiner et al., 1994, p. 451).*

De lens van de video is in die zin het equivalent van een 'observerend ik' dat de ouder zelf nooit heeft kunnen ontwikkelen gedurende haar eigen problematische kindertijd (Weiner et al., 1994).

> *"Video geeft alleen maar weer zonder reserve, niet sparend, niet vleiend. Video geeft in principe geen commentaar dat positief of negatief is, hetgeen overigens niet betekent dat het geen emotie oproept bij de toeschouwer. Het betekent wel dat het medium video geen menselijke 'boodschapper' is, die naast de 'inhoud' van de boodschap een 'betrekkingsaspect' naar de ontvanger doorgeeft: die je feedback geeft over je functioneren als ouder, en waarop je derhalve boos kunt worden of waarderen" (Wels & Oortwijn, 1992, p. 7-8).*

Dit betekent ook dat men andere mogelijkheden heeft doordat de diagnostiek in deze methodiek wordt bedreven met behulp van videobeelden (**beelddiagnostiek**): de VHT'er kan zich vrijmaken van de diagnostische boodschap en kan fungeren als hulpverlener met een ondersteunende en ontwikkelingsgerichte feedback in plaats van als een boodschapper die een oordeel velt over het gezin (Wels, 1995). Niet de VHT'er confronteert, maar de videobeelden confronteren de cliënt met zijn eigen gedrag en de eigen opvoedingssituatie (Janssens et al., 2001).

Video is ook een uitstekend en compact medium om dingen aanschouwelijk te maken die mondeling of schriftelijk slechts zeer beperkt uit te drukken zijn (Wels & Oortwijn, 1992).

> *"Video laat in één beeld of Gestalt zien waar anders vele woorden voor nodig zijn en die dan nog slechts beperkt duidelijk maken wat er in feite gebeurt" (Wels & Oortwijn, 1992, p. 8).*

In die zin is het werken met video een **toegankelijke methode** die veel minder abstract is dan verbale uitwisseling over lastige opvoedingsmomenten. Ouders zien heel concreet waar het fout gaat, maar vooral ook wat goed gaat en waar openingen liggen om verandering te bewerkstelligen (Blokland, 2001). Communicatie is in deze gezinnen vaak een moeilijk gegeven. Deze gezinnen missen veelal de 'taal' om hun beleving adequaat te kunnen uitdrukken, wat betekent dat gezocht moet worden naar andere manieren van communicatie. Werken met beelden geeft in die zin nieuwe mogelijkheden om diepere betekenissen tot uitdrukking te brengen zonder dat 'taal' hierbij een centraal element is (Sproet et al., 2001).

Tenslotte kan VHT erin slagen om sterk aan te sluiten bij wat er **hier en nu** leeft en beweegt in het gezin (Dekker & Biemans, 1994).

- **Kritische geluiden**

Een aantal kritische noten omtrent de vermeende ‘universaliteit’ en ‘uniciteit’ van deze uitgangspunten en de theoretische basis van VHT wordt weergegeven door Janssens & Kemper (1996). Bovendien stellen deze auteurs dat voorstanders van VHT hun pretenties ten aanzien van de te realiseren doelen moeten milderen en dat VHT zich alleen moet richten op verbetering van de communicatie tussen ouders in een gezin.

De meningen zijn verdeeld over waarom VHT nu effect kan teweeg brengen in gezinnen. Enerzijds wordt hierbij gewezen op het medium zelf, namelijk het gebruik van video en van beelden; anderzijds wordt verwezen naar de uitgangspunten van VHT. Maar ook over dit laatste element lopen de meningen uiteen. Voor meer uitleg over deze diverse uitgangspunten verwijzen we naar Wels en Oortwijn (1992).

Janssens et al. (2001) stellen tenslotte dat de ontwikkelingsgerichte visie van VHT waarbij tekorten en problemen in de eerste plaats genegeerd worden het gevaar inhoudt dat de probleemgerichtheid van de ouders en hun behoefte om te horen wat er mis is en bij wie, wordt genegeerd. Soms verwachten ouders immers dat de VHT’er de (kern van de) problemen blootlegt en benoemt.

10.3.2 Werkwijze

In de werkwijze van deze methodiek zijn er twee hoofdelementen, namelijk het maken van video-opnamen in het gezin en het analyseren van deze opnamen samen met de ouder aan de hand van de interactieprincipes. In een cyclisch proces komen beide fasen telkens terug (Ghesquière, 1993).

In het gezin worden **alledaagse situaties** gefilmd. Doorgaans volstaat een opname van tien minuten voor een uitgebreide analyse.
Deze opname wordt daarna door de begeleider **geanalyseerd**, waarbij hij op zoek gaat naar de contactinitiatieven van het kind en de wijze waarop de ouder er op reageert. Hierbij zoekt hij vooral naar fragmenten waarin de ouder op een adequate wijze de interactieprincipes hanteert.
Tijdens het volgend contact tussen begeleider en ouder – de zogenaamde ‘**terugkijk-gesprekken**’ – worden de geselecteerde fragmenten met de ouder besproken en wordt gezocht hoe de adequate contactprincipes naar andere momenten kunnen uitgebreid worden en op welke manier er (meer) geslaagde contactmomenten tussen de ouder en het kind tot stand kunnen komen (Muris et al., 1994). Zoals reeds aangegeven is het hierbij heel belangrijk dat de begeleider de ouder **positieve bevestiging** geeft voor de principes die zij reeds toepast.
Bovendien is het essentieel dat de begeleider in zijn omgang met de ouder/gezinsleden zelf ook de **interactieprincipes** hanteert en toepast. Dat wil zeggen dat de initiatieven van de ouder en het kind ontvangen worden, dat er gestreefd wordt naar gelijke beurtverdeling en dat er leiding gegeven wordt aan het overleg en het hanteren van conflicten. Hierdoor kunnen ouder en kind de gevolgen van toepassing van de basiscommunicatie zelf ervaren (Dekker & Biemans, 1994).

Uiteraard gaat het in deze terugkijkgesprekken niet alleen om de opgenomen videobeelden, de interactie tussen ouder en kind en de ontwikkeling van het kind. Ook **persoonlijke elementen van de ouder** zullen hierin aan bod komen, zeker wanneer men reeds enige tijd bezig is met VHT en er een zekere vertrouwensrelatie ontstaan is tussen begeleider en ouder. Gevoelens omtrent het ouderschap of omtrent bepaald gedrag van het kind, herinneringen uit de eigen kindertijd, bepaalde actuele opvoedingsproblemen of andere problemen waar men mee worstelt,… moeten ook hun plaats krijgen binnen de begeleiding.

Eventueel moet hier gericht worden doorverwezen naar andere programmaonderdelen of zelfs naar bijkomende specifieke interventies of therapeutische ondersteuning.

Voor de analyse van de video-opnames wordt gebruik gemaakt van het **schema** op de volgende pagina (cf. schema 1):

Schema 1: Basiscommunicatie van Dekker en Biemans (1994)

CLUSTERS ***Patronen***	Elementen	Aanw.	Nummer(s)
INITIATIEF EN ONTVANGST			
Attent zijn	Toewenden		
	Aankijken		
	Vriendelijke intonatie		
	Vriendelijke gezichtsexpressie		
	Vriendelijke houding		
Afstemmen	Meedoen		
	Ja – knikken		
	Ja – zeggen		
	Benoemen van de ander van jezelf		
UITWISSELING IN DE KRING			
Kring vormen	In de kring betrekken		
	Rondkijken		
	Ontvangst bevestigen		
Beurten maken	Beurt geven en nemen		
	Gelijke beurtverdeling		
Coöperatie	Samen handelen		
	Elkaar helpen		
OVERLEG			
Meningsvorming	Mening geven		
	Mening vragen		
	Mening uitwisselen		
	Mening onderzoeken		
Inhoudelijk	Onderwerpen aanreiken		
	Onderwerpen uitwerken/uitdiepen		
Besluitvorming	Afspraken voorstellen		
	Afspraken overeenkomen		
	Afspraken bijstellen		
CONFLICTHANTERING			
Tegenstelling benoemen	Intenties onderzoeken		
Contact herstellen	Terugvoeren naar clusters 1, 2, 3		
Onderhandelen	Standpunten vaststellen		
	Regelingen overeenkomen		

Startend in de tweede kolom geeft dit schema de basis van de communicatie aan. Hier staan de **elementen**: de kleinste interactie-eenheden van communicatie, die duidelijk vast te stellen zijn op videobeelden. De analyse van videobeelden aan de hand van dit schema maakt duidelijk welke elementen aanwezig zijn of ontbreken in een interactie.

De elementen liggen ten grondslag aan **patronen** (linkse kolom): deze zijn kenmerkend voor de basiscommunicatie die past bij de leeftijd van het kind of de jongere en de ouders (of degenen in de situatie die leiding geven aan de communicatie). Patronen zijn grotere communicatie-eenheden die de interactie vormen.

Een aantal patronen samen geeft de ontwikkelingsstadia in de communicatie aan, die in het schema als **clusters** zijn weergegeven. De eerste clusters vormen de basis waarop de volgende clusters voortbouwen. Hetzelfde geldt voor de weergegeven patronen.

Gezien het draaiboek zich richt op jonge kinderen beperken we ons bij de uitleg van het schema tot Cluster I (initiatief en ontvangst – 0 tot 6 jaar). Voor uitleg omtrent de andere clusters verwijzen we naar Dekker & Biemans (1994).

Cluster I: Initiatief en ontvangst

Deze cluster wordt gezien als de basis van de interactie. Kinderen zoeken voortdurend contact met hun ouders of verzorgers. Wanneer hierop instemmend gereageerd wordt, ontstaat een positieve uitwisseling of interactie tussen kind en ouder. Deze positieve wisselwerking is noodzakelijk voor een gezonde sociale ontwikkeling.

In deze basale cluster zijn twee patronen belangrijk: attent zijn en afstemmen. Deze patronen zijn te beschouwen als voorwaarden voor de wijze waarop leiding gegeven wordt aan de communicatie op een zodanige wijze dat deze lukt. Deze patronen kunnen zowel op verbale als op non-verbale wijze vorm krijgen. Door het hanteren van de patronen in deze cluster ervaart de ander (kind of volwassene) dat er aandacht is en zijn de vragen die de omgeving stelt minder onduidelijk of komen ze minder onverwacht.

Attent zijn: Door attent te zijn voor elkaar, hetgeen tot uitdrukking komt in de elementen *toewenden*, *elkaar aankijken* en een *vriendelijke intonatie, gezichtsexpressie* en *houding*, maakt men kenbaar aandacht te hebben voor elkaar. Attent zijn is vaak de eerste voorwaarde voor het herkennen van een initiatief. Men maakt door attent te zijn duidelijk dat men op het contact is ingesteld ofwel dat men openstaat voor het contactinitiatief.
Toewenden is een belangrijk element van attent zijn, omdat hierdoor een begin van een interactie kan ontstaan. Als het kind vervolgens ingaat op deze toewending van zijn ouders kan een reeks van interacties met elkaar tot stand komen. Attent zijn kan op verbale en op non-verbale manier gebeuren:

> *Voorbeelden van non-verbaal attent zijn: het lichaam toewenden naar degene die aanwezig is en/of contact maakt in een uitnodigende of belangstellende houding, de ander aankijken of toelachen.*

Lichaamstaal speelt hierin een grote rol, vooral bij kleine kinderen. Naarmate het kind ouder wordt, nemen de verbale contactinitiatieven en de verbale reacties hierop een belangrijker plaats in. De toon van het gesprokene heeft een grote invloed op het tonen van (verbale) toewending.

> *Een voorbeeld van verbale toewending: bevestigen dat het initiatief tot contact herkend is door 'ja…' te zeggen of te herhalen wat is gezegd in andere bewoordingen. Hierbij is het gebruik van een vriendelijke intonatie essentieel.*

Afstemmen: Een vriendelijke intonatie, oogcontact en toewending vormen het begin van een goed contactmoment tussen ouder en kind. De noodzakelijke volgende stap is dat deze herkenning van het contactinitiatief actief aan het kind wordt teruggegeven. Door instemmend te volgen wat het kind doet, geeft de ouder niet alleen aan dat hij begrijpt wat het kind wil, hij geeft ook gelegenheid om het contact uit te bouwen. Afstemming komt tot uitdrukking door onder andere *mee te doen, ja te knikken, ja te zeggen*, *instemmend te benoemen*.
Afstemmen betekent dus dat men zich in interacties wat het niveau en/of het tempo betreft, richt op de activiteiten, de ontwikkeling of de initiatieven van een ander. Dit impliceert dat op een positieve manier wordt ingegaan op hetgeen het kind aanreikt. Het ontvangen kan ook aangevuld worden met het geven van een eigen idee, aanvulling of een tip. Dit schept de mogelijkheid tot verdere exploratie en verdieping van de interactie tussen ouder en kind. Er ontstaan dan langere positieve reeksen met gevarieerdere interacties, waardoor contactgroei gestalte krijgt.
Een belangrijke vaardigheid in afstemmen is het *(instemmend) benoemen*. Dit wil zeggen dat hetgeen het kind doet of hetgeen de ouder zelf doet of vindt op een prettige conversatietoon met woorden wordt begeleid. Door deze wijze van benoemen worden activiteiten van een kind door de ouder bekrachtigd door de positieve benadering van de activiteit. Door instemmend benoemen wordt er een sfeer in het gezin gecreëerd waarin het nemen van initiatieven wordt vergemakkelijkt en gestimuleerd. Zo kunnen er 'ja'-reeksen ontstaan in de interactie.

10.3.3 Implementatieproces van video-interactiebegeleiding in de Tipi

- **Wat vooraf ging…**

In het residentiële project voor drugverslaafde moeders met jonge kinderen van de Kiem (de Tipi) was men reeds enige tijd op zoek naar een antwoord op de aangevoelde nood naar een verdergaande opvoedingsondersteuning van de opgenomen moeders.

De **keuze** om VIB in de Tipi te implementeren heeft een aantal duidelijke **redenen**:

- *VIB sluit aan bij een positieve visie op ondersteuning en op opvoeding en vertrekt van de sterke kanten van ouders en niet van beperkingen (de moeder voelt zich al onzeker of voelt zich al een slechte moeder).*
- *De nood aan het werken rond basiscommunicatie tussen moeder en kind werd ook door praktijkwerkers in de Tipi duidelijk aangevoeld.*
- *VIB is een heel duidelijke en concrete methodiek, wat noodzakelijk is bij een doelgroep die vaak weinig verbaal is; de beelden spreken immers voor zich…*
- *VIB is gestoeld op een duidelijk theoretisch kader, een duidelijke visie op opvoeding, wat het louter intuïtief en willekeurig handelen tegengaat; bovendien biedt deze methodiek een gemeenschappelijke taal om over opvoeding en specifiek over de ouder-kindinteractie te spreken.*

- **De eerste stappen**

In het implementatieproces van een dergelijke methodiek binnen een voorziening moeten volgende **stappen** doorlopen worden:

- bepalen welke mensen uit het team de opleiding tot VIB'er zullen volgen en hen hiervoor voldoende tijd geven binnen het werkrooster
- bepalen wie de verantwoordelijke wordt voor de methodiek
- een eerste voorlichtingsvergadering aan alle personeelsleden met uitleg over de methodiek zelf en over het waarom van de keuze voor deze methodiek en uitleg over de mogelijke gevolgen van dit proces voor de interne organisatie, het programma en werkrooster van alle personeelsleden
- creëren van voldoende werkingsmiddelen, infrastructuur, aankopen van de nodige apparatuur,…
- samenstellen of aanduiden van een overlegorgaan (stuurgroep) om de implementatie van de methodiek binnen de voorziening en de resultaten ervan op te volgen en indien nodig bij te sturen.

Een ander belangrijk element is de uitleg over de nieuwe methodiek aan de **ouders** zelf. Dit dient een weloverwogen uitleg te zijn, waarbij op volgende aspecten moet gelet worden:

- zorg dat alle teamleden aanwezig zijn: dit geeft aan dat iedereen van het team achter deze verandering staat, dus niet enkel de mensen die de methodiek effectief zullen uitvoeren
- situeer de methodiek binnen de evolutie van het programma en fundeer de keuze voor deze methodiek; geef uitleg over het doel van de methodiek (een zicht krijgen op wat reeds goed loopt binnen de ouder-kindcommunicatie om van daaruit te zoeken naar haalbare stappen die je kunnen ondersteunen in de opvoeding van je kind)
- geef een heldere uitleg over de methodiek zelf en over alle concrete elementen die hieraan vasthangen (duur, frequentie, tijdsinvestering, verwachtingen,…)
- geef informatie met betrekking tot afspraken omtrent privacy, invloed van de methodiek op andere programma-elementen en faseovergangen, de mogelijkheid om zelf het tijdstip en de situatie van de opname te bepalen,…
- geef informatie over wat verwacht wordt van de ouders, namelijk het leveren van een actieve inbreng. Vertel hierbij eveneens dat ook de VIB'er zich engageert: soepelheid, opleiding volgen, respect voor privacy, individueel werken,…
- zorg dat er voldoende ruimte is voor het stellen van vragen en het naar voor brengen van bepaalde weerstanden bij de ouders
- geef informatie over de manier waarop ouders dit aan hun kind kunnen overbrengen.

Tenslotte is het ook belangrijk dat **derde instanties**, zoals verwijzers, betrokken voorzieningen en instanties, subsidiëringsoverheden,… op de hoogte gebracht worden van de implementatie van deze nieuwe methodiek binnen het programma.

- **Opleiding**

De opleiding bestaat uit twee delen: een basisopleiding en een vervolgopleiding (supervisie).
De **basisopleiding** kan op diverse manieren gebeuren. In de Tipi volgden twee teamleden een opleiding in Nederland bij een zelfstandige VHT-opleidster. Deze opleiding omhelsde drie blokken en duurde één jaar (één dag per maand).

- Blok 1: leren analyseren aan de hand van de contactprincipes voor de basiscommunicatie, selecteren van beelden en het eigen maken van de interactietaal

- Blok 2: leren activerend teruggeven van de beelden en tijdens de besprekingen zelf het leren toepassen van de basiscommunicatie
- Blok 3: verder consolideren van blok 1 en 2 en de implementatie in het totale aanbod van de voorziening.

Even na het opstarten van de opleiding werd ook gestart met VIB in de Tipi zelf; het werken met eigen video-opnames is immers inherent aan de opleiding.
Nadat men de basisopleiding heeft afgerond, is het belangrijk dat nog regelmatig verder supervisie en intervisie wordt gevolgd. **Supervisie** is belangrijk om een aantal vragen omtrent de methodiek en het eigen functioneren verder te kunnen aanvullen; **intervisie** heeft een belangrijke waarde om vragen omtrent lopende begeleidingen verder te toetsen met andere VIB'ers of VHT'ers.

- **Toepassing van VIB**

Eerste sessie
In de eerste sessie wordt uitgebreid tijd genomen om de **VIB-methode** te leren kennen. Diverse aspecten dienen hier aan bod te komen. Vooreerst dient uitleg te worden gegeven over het doel, de basisprincipes en de werking van VIB. Hierbij is het van belang om nogmaals in te gaan op het doel van VIB, de centrale focus (VIB handelt over de interactie en de communicatie tussen ouder en kind, dus niet louter over het gedrag van de ouder) en de positieve benadering.

De werkwijze van VIB kan **mondeling** uitgelegd worden of men kan gebruik maken van een **instructievideo** waarin de methode kort wordt uitgelegd. Op die manier kan aan ouders getoond worden wat bedoeld wordt met basiscommunicatie, hoe verschillende contact-initiatieven en de reacties daarop kunnen worden vormgegeven en hoe de eigenheid van de ouders daardoor gerespecteerd kan worden (Dekker & Biemans, 1994).

Naast uitleg over de methode is het van belang om **afspraken** die reeds eerder in de algemene uitleg aan de groep ouders gemaakt werden te herhalen. Alle afspraken op een rijtje:

- *alles gebeurt onder supervisie van de opleidster*
- *het doel van VIB is niet controleren, wel ondersteunen*
- *de videoband blijft jouw eigendom; alle opnames staan op één band en als je het programma verlaat/beëindigt, krijg je die mee*
- *je bepaalt zelf wanneer gefilmd wordt en welke situatie in beeld wordt gebracht; indien je je op het moment zelf niet goed voelt, kan je steeds passen*
- *VIB heeft geen invloed op faseovergangen*
- *iedere ouder heeft een vaste VIB'er*
- *in het kader van de opleiding worden ook de terugkijkgesprekken van de VIB'er met de ouder gefilmd*
- *de VIB'er engageert zich tot soepelheid, in opleiding gaan en respect voor de privacy; van de ouder wordt een actieve inbreng verwacht.*

Belangrijk hierbij is het ondertekenen van een '**informed consent**' – zowel door de ouder als de VIB'er – waarin nogmaals kort de bovenvermelde afspraken staan en waarbij afspraken gemaakt worden omtrent het gebruik van de beelden en het bekijken ervan door eventuele derden. Het is belangrijk dat de ouder hierbij zelf de keuze krijgt aan wie ze de beelden eventueel wil laten zien of in het kader van welke activiteiten ze de beelden wil laten gebruiken (bijvoorbeeld wetenschappelijk onderzoek, opleiding van teamleden, studiedagen,…) (cf. bijlage 8).

De begeleider legt in deze eerste sessie uit waarvoor de videocamera wordt gebruikt en hij toont de apparatuur aan de ouder en aan het kind. Tijdens deze eerste sessie kan reeds een eerste **opname** gemaakt worden. Hierbij is het belangrijk dat op een goede manier wordt omgegaan met de onzekerheid en onwennigheid van zowel ouder als kind met het videomateriaal en de filmsituatie. Ruimte laten voor onwennigheid, verwoorden van de eigen onwennigheid omtrent het gefilmd worden en het creëren van een situatie waarbij positieve interacties aanwezig zijn kunnen hier belangrijke ondersteuningsmiddelen zijn.
Het is ook belangrijk om deze eerste opname onmiddellijk samen met de ouder en eventueel samen met het kind te bekijken. Dit is belangrijk om de ouder ietwat op haar gemak te stellen, de nieuwsgierigheid te bevredigen en opdat de gezinsleden zich iets comfortabeler zouden voelen bij het filmen. Uiteraard is het niet de bedoeling om hier onmiddellijk ook een bespreking te houden; de bespreking zelf gebeurt pas de week nadien.

Tussen de eerste en de tweede sessie

Na elke sessie waarin de begeleider een opname maakte van een ouder-kindinteractie worden deze beelden door de begeleider geanalyseerd op basis van de principes van basiscommunicatie (cf. supra). Deze analyse gebeurt in het begin in sterke samenspraak met de opleider. Op termijn doet de begeleider dit alleen, maar het is niettemin belangrijk om regelmatig bij deze analyse van beelden gesuperviseerd te worden.
Centraal blijft staan dat de begeleider in de opname zoekt naar beelden waarin een geslaagde interactie tussen ouder en kind merkbaar is. In die zin kijkt hij als het ware door een 'gedragsmicroscoop' naar de interactie, waarbij hij de geslaagde momenten uitvergroot (Ravelli, 1990).

Het eerste terugkijkgesprek

In de terugkijkgesprekken is het belangrijk dat de **VIB'er** naar de gezinsleden toe de principes van de basiscommunicatie hanteert. In die zin staat hij model voor de gezinsleden (Janssens et al., 2001). Tevens is het van belang dat de VIB'er een activerende en geen compenserende houding aanneemt. Dat wil zeggen dat de hulpverlener de gezinsleden activeert zelf actief met hun problemen aan de slag te gaan, in plaats van zèlf – al dan niet tijdelijk – een oplossing te vinden voor hun problemen (Dekker & Biemans, 1994; Janssens et al., 2001). De begeleider moet in die zin streven naar een directe en 'horizontale' werkrelatie met de ouder. Hij wil zo min mogelijk dingen van de ouder overnemen, maar wil haar helpen de eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van het gezinsfunctioneren te zien en (weer) op zich te nemen (Dekker & Biemans, 1994).

Wat betreft het terugkijken zelf, zijn volgende **elementen** belangrijk:

- laat de beelden voor zich spreken; wees zelf niet te veel aan het woord als begeleider, maar gebruik de kracht van de beelden
- maak zo veel mogelijk gebruik van de kracht van het medium video (terugspoelen, in 'slow motion' bekijken van beelden,…)
- laat de ouder zelf voldoende aan het woord en ga ook in op de elementen die zij zelf aanbrengt
- zorg dat er ruimte is om echt te 'genieten' van de beelden
- gebruik zo veel mogelijk de taal van de basiscommunicatie, zodat de ouder deze 'taal' kan leren
- stel duidelijke doelstellingen en werkpunten voorop voor de vervolgopnames.

In het kader van de opleiding van de begeleider kan het belangrijk zijn om ook van dit terugkijkgesprek een **opname** te maken.

Een terugkijkgesprek duurt ongeveer 20 à 30 minuten.

De volgende opnames

Vanaf de tweede opname is het belangrijk om een zekere **regelmaat** te hanteren waarbij de ene week een filmopname van een tiental minuten wordt gemaakt en de week nadien deze opname besproken wordt met de ouder.
Wat de gekozen **situatie** betreft, kan langzamerhand ruimte gemaakt worden om minder gestructureerde situaties te filmen of om moeilijker situaties op te nemen.

Ook in de volgende opnames blijft '**genieten**' een heel belangrijk element. Het is belangrijk dat de begeleider ondersteunend optreedt of zelfs echt tussenkomt in situaties waarin het de ouders niet lukt de interactie plezierig te laten lopen. De begeleider brengt het gestagneerde interactiepatroon (weer) op gang en probeert daarbij de situatie terug te spelen naar de gezinsleden (Dekker & Biemans, 1994).

Het is ook belangrijk om **doelen** voorop te stellen waarrond de ouder kan werken. Door hier in volgende opnames telkens extra aandacht voor te hebben, kan de ouder zich de basis-communicatie steeds meer eigen maken.

De volgende terugkijkgesprekken

In de volgende terugkijkgesprekken is het belangrijk om de inbreng van de ouder steeds groter te laten worden. Een toenemende vertrouwdheid met het medium, de methodiek, de achterliggende theorie en met de begeleider zelf zullen de ouder toelaten om zelf steeds meer commentaar te geven bij de beelden, goede interacties aan te duiden en te benoemen en ook moeilijke elementen of minder geslaagde interacties te bespreken. Zo kan na een zekere periode de bespreking van de beelden volledig aan de ouder worden overgelaten of de ouder kan zelf de afstandsbediening bedienen zodat zij de band kan stopzetten wanneer ze iets belangrijks opmerkt.
Een toenemend vertrouwen zal er wellicht ook toe leiden dat persoonlijke elementen van de ouder meer aan bod kunnen komen. Het is van belang om hier actief op in te spelen en eventueel gericht te verwijzen naar andere programma-elementen waar hier verder kan op ingegaan worden.
Tenslotte blijf het belangrijk om telkens opnieuw specifieke doelen en doelstellingen te hanteren en in die zin de VIB niet eindeloos te rekken.

Afsluiten van de VIB-begeleiding

In VIB is het uitgangspunt dat hulpverlening gestopt moet worden zodra ouders zelf hun verantwoordelijkheid ten aanzien van het gezinsfunctioneren weer op een ontspannen manier kunnen invullen (Dekker & Biemans, 1994). De intensiteit en duur van VIB zijn dus afhankelijk van de ernst van de problematiek en de aan- of afwezigheid van beschermende en risicofactoren. Maar ook de ervaring van de begeleider kan verschil maken in de duur van de begeleiding. Meestal varieert de **duur** van een VIB-begeleiding tussen drie en zes maanden, maar uiteraard kan dit ook korter of langer. Soms kan het belangrijk zijn om een VIB-begeleiding op latere tijdstippen opnieuw op te starten indien zich nieuwe knelpunten of vragen van de ouder voordoen (of te verwachten zijn).
Er vindt doorgaans een **afsluitend interview** met de ouder plaats dat veelal op video wordt opgenomen. In dit interview wordt met de ouder nagegaan wat zij geleerd heeft, hoe zij de VIB ervaren heeft. Ook deze video wordt terug bekeken met de ouder, wat de ouder heel wat zelfvertrouwen kan geven (Dekker & Biemans, 1994).

- **Integratie in de voorziening**

Een belangrijk element in een implementatieproces is de verankering van de methodiek binnen de hele voorziening en in het programma. Hier is enerzijds **tijd** voor nodig en anderzijds moeten hiertoe ook **specifieke initiatieven** genomen worden. Belangrijke elementen hierbij zijn:

- op regelmatige tijdstippen (bijvoorbeeld zesmaandelijks) inlichten van alle betrokken personeelsleden omtrent de vordering van de methodiek en de huidige resultaten
- verankeren van de methodiek binnen het programma, wat onder meer betekent: uittrekken van tijd hiervoor binnen het programma, de methodiek in diverse brochures vermelden,…
- de methodiek een plaats geven binnen cliëntbesprekingen en teamvergaderingen
- de methodiek een plaats geven in andere programma-elementen (bijvoorbeeld handelingsplanning, familiewerking, oudergroepen, individuele begeleiding, begeleiding van het kind,…)
- zoeken naar het vasthouden van de kennis binnen de personeelsformatie; soms verdwijnt een methodiek immers uit het programma omdat het personeelslid dat deze methodiek inbracht de voorziening verlaat.

Een heel belangrijk element is tenslotte dat ieder betrokken teamlid deze methodiek en vooral de **visie** die er achtersteekt blijvend ondersteunt. In de theorie rond VHT stelt men dit zelfs nog ietwat scherper. Zo stellen Dekker & Biemans (1994) als één van de voorwaarden voor het aanwenden van VHT in een gezin dat er op dat moment geen hulpverlening in het gezin is die vanuit een ander dan een ontwikkelingsgericht en activerend oriëntatiepunt werkt. Dat wil zeggen dat er geen hulpverlening met een probleem- of klachtgerichte basis actief is in het gezin. De reden die zij hiervoor aangeven is dat het andere probleemgerichte denkkader van deze hulpverlening zou interfereren met de uitgangspunten van de VHT. Dit maakt de hulp verwarrend voor ouders en maakt het moeilijk voor de begeleider om de lijn van de VHT helder te houden.
Als we deze visie overbrengen naar het werken binnen een therapeutische gemeenschap waar veiligheid en verantwoordelijkheid centraal staan, zien we een aantal gemeenschappelijke elementen tussen beide visies en werkwijzen. Anderzijds stelt zich de vraag of de meer ‘probleemgerichte’ visie van de T.G. niet indruist tegen de visie waar VIB van uit gaat. Het is belangrijk om hier rond na te denken in het team, een duidelijke mening te vormen en de plaats van VIB binnen het programma en binnen de visie uit te klaren.

10.3.4 Evaluatie

- **Wetenschappelijke evaluatie**

In samenwerking met de Vakgroep Orthopedagogiek van de Universiteit Gent werd ook een eerste beperkt wetenschappelijk onderzoek opgezet, waarbij een evaluatie gebeurde van de video-opnames die gemaakt werden in het kader van de VIB-sessies in de Tipi (De Groote et al., 2002). Aan de hand van het schema van Dekker & Biemans (1994) werden van drie moeders vier video-opnames geanalyseerd. Gezien het hier enkel ging om kinderen onder de 6 jaar, werd enkel geanalyseerd op cluster I.
Van elke video werd telkens geanalyseerd van minuut 3 tot en met minuut 8. Vooreerst werd geturfd hoe vaak de verschillende elementen van cluster I voorkwamen in elke sequens (één sequens was één minuut). Daarnaast werd telkens ook aangegeven hoe lang dat element aanwezig was (met een onderverdeling in drie categorieën: minder dan 1 sec., tussen 5 en 10 sec. en meer dan 10 sec.). Alle video’s werden apart geanalyseerd door telkens twee

studenten van de derde licentie orthopedagogiek. Dit dubbel-checken liet toe om na te gaan in welke mate de video's op gelijke manier geanalyseerd werden.
Naast de analyse van de moeder-kindopnames, werd door de studenten ook een analyse gemaakt van de terugkijkgesprekken die hoorden bij de geanalyseerde opnames van de moeder-kindinteracties.

We vermelden hier de belangrijkste conclusies van deze analyses (De Groote et al., 2002). Bij twee moeders is er een positieve evolutie merkbaar in de categorieën die aan bod gekomen zijn in de terugkijkgesprekken. Bij de categorieën die niet aan bod kwamen in de terugkijkgesprekken is er geen eenduidige evolutie vast te stellen.
Bij de derde moeder is er een aantal positieve evoluties merkbaar, maar in de categorie die tijdens de terugkijkgesprekken het meest aan bod kwam (m.n. de categorie 'benoemen van de ander en van jezelf') was er geen duidelijke evolutie merkbaar.
De auteurs stellen verder dat deze methodiek tweeledig positief is: enerzijds evolueert een aantal aspecten van de basiscommunicatie en anderzijds is er een toenemende betrokkenheid merkbaar van de moeder naar haar kind en is er meer aandacht voor de opvoeding. Toch kan uit dit onderzoek niet afgeleid worden of de hier opgemerkte veranderingen werkelijk toe te schrijven zijn aan de methodiek van VIB of eerder (mede) beïnvloed worden door andere elementen uit het therapeutisch programma. Bovendien was er bij het analyseren van de beelden toch een aantal methodologische knelpunten, onder meer wat betreft de eenduidigheid in het beoordelen van een opname door verschillende beoordelaars (de zogenaamde 'interbeoordelaarsbetrouwbaarheid') en omtrent de definiëring van de verschillende elementen van basiscommunicatie zoals ze in het schema van Dekker & Biemans (1994) vermeld worden.

De methodiek zelf wordt door deze auteurs als heel nuttig bevonden: vooreerst is de methodiek door het gebruik van videobeelden heel concreet. De beelden bieden een aangrijpingspunt om met de moeder een gesprek aan te gaan over de basiscommunicatie. De visuele ondersteuning van de gebruikte termen kan een eventuele verbale kloof tussen de moeder en de begeleider (deels) overbruggen.
De methodiek lijkt bovendien de moeders aan te zetten om na te denken over de invloed van het eigen gedrag op opvoeding en om na te denken over het bredere opvoedingsgebeuren.

Samengevat stellen de auteurs dat de methodiek van VIB sterk aan te bevelen is binnen het kader van de Tipi-werking, maar ook binnen andere settings. Het vraagt wel voldoende voorbereiding, grondige training, een reflexieve houding van de begeleider en een minimum aan bereidwilligheid van de moeder.

- **De literatuur**

In wat volgt wordt een aantal onderzoeken besproken die gepoogd hebben om het effect van VHT te meten.
Weiner et al. (1994) stelden vast dat er een significante verbetering was op verschillende items van Dekker & Biemans. Niet in alle negatieve interactiepatronen werd een vermindering vastgesteld, maar wel in het verwerpen of negeren van de initiatieven van het kind om dichter bij zijn ouder(s) te komen. De kinderen leken minder ongelukkig, mishandeld of verwaarloosd. Hun ouders hadden meer consistent aandacht voor hen, bemoedigden hun initiatieven verbaal en non-verbaal, versterkten de meer passieve gezinsleden en genoten van plezierige momenten samen met hun kinderen. Deze positieve resultaten bleken nog aanwezig te zijn bij een opvolging zes maand later.

Uit een onderzoek van Jansen en Wels (s.d.) blijkt dat alle moeders en vaders na VHT significant minder familiale stress ervaren. Ze ervaren bovendien veel meer plezier in het

contact met hun kind, hebben een betere relatie met hun kind en gaan veel gemakkelijker om met hun kind.

Uit een onderzoek van Janssens & Kemper (1996) bleek VHT op korte termijn een aantal belangrijke resultaten op te leveren: zo werd in de gezinnen waar VHT werd aangewend meer positief gecommuniceerd door ouders naar hun kind toe en keken zij hun kind daarbij ook vaker aan; in deze gezinnen was er bij de beëindiging van de VHT minder negatieve communicatie dan in het begin van de VHT; ouders die VHT gehad hadden, waren meer geneigd te reageren op een initiatief van hun kind en het eigen handelen te benoemen dan ouders die nog geen VHT kregen. Tenslotte stelden deze auteurs een vermindering vast van de gedragsproblematiek (zowel internaliserende als externaliserende gedragsproblemen) bij hun kind. Wellicht kan bij dit laatste element niet zonder meer geconcludeerd worden dat toepassing van VHT vanwege de verbeterde communicatie in een gezin tot minder gedragsproblemen leidt. Wellicht ervaren ouders onder invloed van VHT het gedrag van hun kind als minder problematisch. Zo zou VHT zowel invloed hebben op het gedrag van ouders alsook op de wijze waarop ouders het gedrag van hun kind percipiëren.
In een ander onderzoek van Janssens (1998) stelt hij dat gezinnen die VHT gevolgd hadden een positievere communicatie vertoonden en er een vermindering zichtbaar was van de gedragsproblemen van de kinderen.

Janssens (1998) voegt er als kritische noot wel aan toe dat er bij VHT eigenlijk niets nieuws onder de zon is: er wordt gewerkt vanuit leertheoretische principes van positieve bekrachtiging en modelling en Hermanns (1992) stelt dat het grote succes van VHT kan verklaard worden vanuit de positieve, accepterende houding die de hometrainer aanneemt.

10.4 ANDERE METHODIEKEN VAN INDIVIDUELE OPVOEDINGSONDERSTEUNING

10.4.1 Meewerken in het kinderdagverblijf

Indien de voorziening over een eigen kinderdagverblijf beschikt, kan de ouder hier ook ingeschakeld worden. Dit kan op verschillende **manieren** gebeuren, waarbij moet rekening gehouden worden met de draagkracht van de ouder, de kinderen en het kinderdagverblijf. Het kan gaan om het echt meewerken in het kinderdagverblijf of bijvoorbeeld eenmalig aanwezig zijn bij een eetsituatie.

Deze methodiek heeft een aantal belangrijke **voordelen**: vooreerst kan de ouder op die manier haar kind bezig zien in een totaal andere situatie. Daarnaast kan de ouder zien hoe in een niet-bedreigende situatie wordt omgegaan met haar kind (en met andere kinderen). Zo kan ze bepaalde vaardigheden en tips oppikken (bijvoorbeeld het organiseren en structureren van een eetsituatie, spelideeën en –tips, omgaan met conflicten of met acting-out gedrag van een kind,…) en kan ze zelf ook bepaalde vaardigheden uitproberen.
Ook de **contacten** met de verantwoordelijken van het kinderdagverblijf bieden uitstekende mogelijkheden om met de ouder een aantal dagelijkse problemen in de omgang met het kind door te spreken, om bepaalde kennis of tips mee te geven en de ouder kan er ook zelf op een ongedwongen manier bepaalde vragen of problemen rond het omgaan met haar kind bespreken.

10.4.2 Inschakelen van pedagogische thuiszorg

Er zijn verschillende redenen waarom men ervoor kan kiezen om binnen de voorziening gespecialiseerde thuisbegeleiding of pedagogische thuiszorg in te schakelen: het kan voor een ouder te bedreigend zijn om ondersteuning te krijgen door de begeleiders van de voorziening zelf, de begeleiding wil vergaande rolvermenging vermijden of ouder en kind kunnen nood hebben aan een heel intensieve ondersteuning. Het inschakelen van pedagogische thuiszorg betekent dat aan een externe thuisbegeleidingsdienst wordt gevraagd om de ouder in de thuissituatie zelf (dus in de voorziening) te komen ondersteunen.
Uiteraard dient men hier uiterst voorzichtig mee te zijn, omdat dit voor de ouder de ultieme bevestiging kan betekenen dat ze niet in staat is om als ouder te functioneren. In die zin is het heel belangrijk dat de ouder er zelf ten volle kan achter staan dat hiervoor gekozen wordt.
Bovendien is dit inschakelen van externe thuisbegeleiding wellicht slechts mogelijk indien elke ouder binnen de voorziening een eigen leefruimte heeft.

Een andere optie kan hier zijn dat pedagogische thuiszorg wordt ingeschakeld indien de ouder overgaat naar een meer open vorm van wonen of wanneer ze volledig alleen gaat wonen (in het kader van nazorg). Indien deze thuisbegeleiding reeds vroeg in de nazorg kan worden ingeschakeld, kan dit een belangrijke verdere ondersteuning betekenen naar ouder en kind toe wanneer de ondersteuning vanuit de residentiële voorziening wordt stopgezet.

SAMENVATTEND
HOOFDSTUK 10: INDIVIDUELE OPVOEDINGSONDERSTEUNING

10.1 Individuele begeleiding

Individuele begeleiding van de *ouder* wordt onder meer aangewend om in te gaan op specifieke problemen of problemen die niet in groep bespreekbaar zijn. Het kan gaan om informatie, voorlichting, advies, emotionele of praktische steun, doorverwijzing,… Als werkvormen kan onder meer gebruik gemaakt worden van gesprekken, modelling en het gebruik van een videocamera.

Individuele begeleiding van *ouder en kind samen* kan gebruikt worden om beter te kunnen inspelen op de omgang van de ouder met het kind en om bepaalde problemen of conflicten die tussen ouder en kind leven bespreekbaar te maken. Het kan onder meer gaan om het bevorderen van de ouder-kindhechting, om het leren omgaan met bepaalde problemen in de omgang met het kind of het doorwerken van bepaalde conflicten of moeilijke thema's. Als werkvormen kan gebruik gemaakt worden van gesprekken, modelling, non-verbale therapieën of samen een activiteit doen (een dagdagelijkse activiteit of een heel specifieke activiteit).

10.2 Handelingsplanning

Een handelingsplan is een belangrijke methodiek om op geregelde tijdstippen eens stil te staan bij de behandeling en nieuwe doelstellingen voor de behandeling te formuleren. Een handelingsplan kan ook helpen om het overzicht te houden over de behandeling.
Handelingsplannen dienen regelmatig herbekeken te worden. De ouder speelt een centrale rol in het opstellen ervan, maar dient hierbij de nodige ondersteuning te krijgen en men dient hierbij een stapsgewijze benadering te hanteren.
Inhoudelijk bestaat een handelingsplan uit werkpunten naar zichzelf (de ouder) toe, naar het kind en zijn ontwikkeling toe, werkpunten omtrent de opvoeding en de omgang met het kind en werkpunten omtrent het contact met de omgeving (in ruime zin).
Het opgestelde handelingsplan kan ook eventueel met de andere bewoners besproken worden (handelingsplanbespreking).

10.3 Video-interactiebegeleiding

Het *kader* van VHT wordt gevormd door de theorie van de basiscommunicatie die de nadruk legt op de interactie tussen ouder en kind. Daarnaast wordt ook onder meer verwezen naar de leertheorie en de communicatietheorie als basis van VHT.
De *doelstellingen* van VHT richten zich op het verbeteren van de communicatie tussen ouder en kind en de ouderlijke responsiviteit. Men focust in VHT op het benadrukken van positieve interacties; men wil vertrekken van een ontwikkelingsgerichte, activerende werkwijze.
VHT leent zich uitstekend in het werken met drugverslaafde ouders en hun kind(eren) vanwege de focus op de basiscommunicatie tussen ouder en kind en het benadrukken van wat goed loopt in die communicatie. Bovendien bieden het werken met beelden en de non-verbale benadering ook heel wat voordelen.

De *werkwijze* bestaat erin dat de ouder-kindinteractie kort wordt gefilmd, waarna deze opname door de VIB'er wordt geanalyseerd aan de hand van een duidelijk schema waarin de verschillende elementen van de basiscommunicatie worden aangegeven. In een terugkijkgesprek bespreekt de VIB'er de opname samen met de moeder. In deze terugkijkgesprekken ligt de nadruk steeds op wat goed gaat in de communicatie. De VIB'er dient in deze gesprekken ook zelf de principes van de basiscommunicatie te hanteren.

De *implementatie* van VIB binnen de voorziening kent verschillende elementen, waaronder het kiezen van de methodiek, het creëren van financiële mogelijkheden voor de aankoop van materiaal en voor de opleiding, het opstarten van een stuurgroep die het implementatieproces opvolgt, aanstellen van mensen die de opleiding zullen volgen en creëren van tijd en ruimte hiervoor, inlichten van het personeel, van de ouders (met het maken van afspraken en het ondertekenen van een 'informed consent') en van derde instanties, maken van ruimte voor de methodiek in het programma, het werkrooster, in de teamvergadering,… en het ondersteunen van de achterliggende visie van VIB door alle personeelsleden.

10.4 Andere methodieken van individuele opvoedingsondersteuning

- meewerken in het kinderdagverblijf
- inschakelen van pedagogische thuiszorg.

HOOFDSTUK 11: OPVOEDINGSONDERSTEUNING IN GROEP

11.1 OUDERCURSUSSEN

11.1.1 Terminologie en doelstellingen

Het begrip 'oudercursus' is slechts één van de **termen** die voor dit soort opvoedingsondersteunende methodieken gebruikt worden. Andere termen zijn onder meer oudertraining, parent(ing) classes, ouder(schaps)klassen, parent education,…
Eén mogelijke omschrijving vinden we terug bij Marx (2001b, p. 203):

> *"Een oudercursus is een reeks samenhangende bijeenkomsten voor een groep ouders met een duidelijk programma of rode draad en vaste onderdelen. De ouders worden geacht aan alle bijeenkomsten deel te nemen. Er wordt meestal gebruik gemaakt van schriftelijk cursusmateriaal en van thuisopdrachten".*

Als **centrale doelstelling** van oudercursussen wordt meestal gesteld: het competenter maken van ouders, met name door middel van het verhogen van kennis rond ontwikkeling en opvoeding en het aanleren van specifieke opvoedingsvaardigheden aan de ouders (Kazdin, 1987). **Bijkomende doelstelling** is vaak dat het zelfvertrouwen van ouders toeneemt doordat ze in de opvoeding competenter worden. Een andere doelstelling kan zijn dat men de ontwikkeling van de kinderen positief wil beïnvloeden via het toegenomen zelfvertrouwen van de ouder (Marx, 2001b), maar zeker niet iedereen onderschrijft deze doelstelling.
Naast het verhogen van de kennis en het aanleren van vaardigheden wordt soms ook verwezen naar het versterken van het sociaal netwerk van de ouder en het bevorderen van sociale steun als doelstelling van de oudercursus.

Naar **drugverslaafde ouders** toe zijn oudercursussen een belangrijke opvoedingsondersteunende methodiek omdat deze ouders vaak weinig kennis hebben omtrent de ontwikkeling en de opvoeding van hun kind. Dit gebrek aan kennis kan ervoor zorgen dat ouders onrealistische verwachtingen hebben ten aanzien van hun kind. Deze onrealistische verwachtingen kunnen leiden tot conflicten, verwerping of overproblematiseren van bepaalde gedragingen van het kind, die in feite normaal zijn volgens zijn ontwikkelingsleeftijd (Hawley et al., 1995). Indien ouders het gedrag van hun kind beter kunnen begrijpen en meer kennis hebben over het verband tussen bepaald gedrag en de ontwikkelingsfasen van het kind kan dit leiden tot adequatere reacties van de ouder naar het kind toe.
Ook aan het gebrek aan opvoedingsvaardigheden bij drugverslaafde ouders kan voor een deel tegemoet gekomen worden door het aanbieden van oudercursussen.

11.1.2 Werkwijze

- **Enkele algemene elementen**

Een oudercursus bestaat meestal uit 10 à 12 opeenvolgende **sessies**. Het is belangrijk om reeds van in het begin alle data vast te leggen voor de deelnemers. Het is in elk geval van belang dat oudercursussen voldoende lang duren; vaak hangt het effect van een oudercursus op het gedrag van de ouder zelfs af van het aantal bijeenkomsten die de ouder mee volgt (Marx, 2001b).
Meestal gaat het om **wekelijkse** sessies, soms wordt ook geopteerd voor tweewekelijkse sessies. De **duur** van één sessie bedraagt meestal ongeveer 2 uur.
Het **aantal deelnemers** bedraagt minimum acht en maximum twaalf.
De oudercursus moet doorgaan in een afgesloten en rustige **ruimte** (dus waar niet heen en weer gelopen wordt en waar iedereen ongestoord kan praten). Er moet **didactisch materiaal** aanwezig zijn, zoals een overheadprojector, een bord, flappen en stiften, papier en schrijfgerief, een televisietoestel, videorecorder,…

De oudercursus kan begeleid worden door de pedagogisch **begeleider** van de voorziening of door iemand van het ouderprogramma. Idealiter zijn er twee begeleiders aanwezig tijdens deze sessies (één begeleider die het inhoudelijke deel van de cursus voor zijn rekening neemt en één begeleider die de procesmatige kant van de cursus bewaakt). Voor bepaalde specifieke onderdelen kunnen ook externe deskundigen uitgenodigd worden (bijvoorbeeld een verpleegkundige over kinderziektes). Eventueel kan er hier ook voor gekozen worden om ouders een oudercursus die door een andere, externe organisatie wordt ingericht te laten meevolgen.

Uiteraard dient de begeleider over voldoende pedagogische kennis en **deskundigheid** te beschikken. Daarnaast moet hij ook over didactische kwaliteiten beschikken, kunnen omgaan met groepsprocessen en moet hij voldoende kennis hebben over de verslavingsproblematiek van deze ouders.

We willen hier nogmaals benadrukken dat ook deze oudercursussen vanuit een **empowerment-visie** moeten vertrekken. Dit betekent dat de begeleider zich niet als 'alwetende' mag opstellen, maar dat ouder en begeleider gelijkwaardig zijn, zonder dat deze laatste zijn positie als begeleider verliest.

- **Concrete uitwerking**

Rond oudercursussen zijn reeds heel wat draaiboeken verschenen die gedetailleerd weergeven hoe een dergelijke cursus in de praktijk kan uitgevoerd worden. Daarnaast zijn er heel wat organisaties die programma's rond het aanleren van ouderschapsvaardigheden inrichten[30].
In wat volgt wordt er daarom voor geopteerd om geen gedetailleerde uitwerking te geven van een oudercursus voor drugverslaafde ouders. Deze optie wordt mede ingegeven door de idee dat drugverslaafde ouders weliswaar een aantal specifieke problemen hebben, maar wat betreft het ouderschap toch vaak dezelfde lacunes hebben in hun kennis omtrent de ontwikkeling van het kind en in hun opvoedingsvaardigheden als ouders die geen drugverslaving hebben. Voor een aantal voorbeelden van uitgewerkte draaiboeken verwijzen we naar bijlage 9.

[30] We verwijzen hier onder meer naar het grote aantal websites omtrent 'parent(ing) training' en de vele handboeken en video's hieromtrent.

- **Verloop van de sessies**

Een sessie van een oudercursus kent meestal een vrij duidelijk, gelijklopend stramien (Marx; 2001b; Ruma et al., 1996):

- Men start met een verwelkoming, een korte herhaling van wat men in de vorige sessie heeft besproken en aangeleerd en een programma-overzicht.
- Indien gewerkt wordt met huiswerkopdrachten worden de ervaringen met deze opdracht besproken.
- Nieuwe informatie of kennis wordt aangebracht of een nieuwe vaardigheid wordt aangeleerd.
- De informatie of kennis wordt verwerkt of er wordt geoefend met de vaardigheid[31].
- Er wordt een transferoefening naar de dagelijkse thuissituatie gedaan.
- Afsluitende ronde met gelegenheid voor vragen en opmerkingen.
- Afronding, uitdelen schriftelijk materiaal en meegeven van huiswerkopdracht.

- **Mogelijke inhouden**

In de **eerste bijeenkomst** is het belangrijk om een gedegen vragenronde te houden naar de verwachtingen van de deelnemers naar de oudercursus toe (Marx, 2001b). Een duidelijk zicht krijgen op hun vragen en verwachtingen kan ervoor zorgen dat de oudercursus een meer vraaggericht karakter krijgt en beter aansluit op de noden van de diverse deelnemers. Het is heel zinvol om de ouders te betrekken bij de samenstelling van het programma en eventueel zelfs bij de effectieve uitwerking van het programma; zo kunnen ze zelf hun leerweg mee bepalen (Van den Eynde, 2000). Uiteraard is het belangrijk om in deze eerste bijeenkomst duidelijke informatie te geven met betrekking tot de inhoud van de komende sessies, de duur en data van de sessies en de verwachtingen omtrent aanwezigheid en huiswerkopdrachten.

Algemeen bestaat de inhoud van de meeste oudercursussen uit een **combinatie** van informatieoverdracht over de ontwikkeling van kinderen, mogelijkheden om opvoedingsvaardigheden te oefenen en mogelijkheden om ervaringen te kunnen uitwisselen (Marx, 2001b)[32].

[31] Om werkelijk gedragsveranderingen te realiseren is het belangrijk dat de oudercursussen oefeningen en opdrachten omvatten. Ook het oefenen met behoud van de gedragsverandering in de thuissituatie moet onderdeel van de cursus zijn, wil deze effectief zijn (Burggraaff-Huiskes, 2001b).

[32] Juliana & Goodman (1997) stellen dat er algemeen drie benaderingen zijn:

- *gedragsmanagement* gebaseerd op principes van bekrachtiging en modelling waarbij het onderliggend theoretisch kader cognitief-gedragsmatig is.
- *'relationship therapy'* die gebaseerd is op inzichten van Rogers en Axline. Ouders worden geleerd om empathisch om te gaan met hun kinderen en leren dat kinderen gevoelens veeleer uiten via acties in plaats van via woorden. De ouders leren hoe ze moeten luisteren en antwoorden via fysieke expressies van warmte en zorg. Bovendien leren de ouders hoe ze een veilige omgeving kunnen creëren en alternatieve benaderingen kunnen zoeken om om te gaan met meervoudige stressoren.
- *theorie over de ontwikkeling van het kind*: ouders worden hier ondersteund om elk ontwikkelingsniveau van het kind te begrijpen om op die manier aangepaste verwachtingen te ontwikkelen en zo te leren omgaan met de normale frustraties van elke leeftijdsgroep. Als ouders de betekenis begrijpen van het gedrag van hun kind, kan de frustratie van onrealistische verwachtingen vermeden worden.

Mogelijke **inhouden** zijn onder meer:

- ***Kennis omtrent***:
  - *voeding, verzorging, hygiëne, medische aspecten en ziekten*
  - *ouder-kindhechting*
  - *ontwikkelingsfasen van een kind en wat de ouder van het kind kan verwachten in de verschillende fasen*
  - *kennis omtrent de emotionele, cognitieve, sociale, lichamelijke en motorische ontwikkeling van een kind in de diverse ontwikkelingsfasen*
  - *specifieke onderwerpen, bijvoorbeeld kinderangsten, pesten en gepest worden, omgaan met frustraties, zelfbeeld, zelfvertrouwen, houden van familiebijeenkomsten, drukke kinderen, teruggetrokken kinderen, netwerk van het gezin, plaats in de kinderrij,…*

- ***Vaardigheden***:
  - *opvoedingsvaardigheden om gewenst gedrag te versterken (prijzen en belonen, aandacht geven, voorbespreken), om ongewenst gedrag te laten afnemen of te laten stoppen (negeren, time-out, zinvol straffen, link leggen tussen oorzaak en gevolg) en opvoedingsvaardigheden om ander of nieuw gedrag te stimuleren (gedragsinstructies geven, prijzen en belonen, gedrag voordoen of samen met het kind oefenen)*
  - *leren onderscheid maken tussen gewenst en ongewenst gedrag; acceptatie en niet-acceptatie van het gedrag van het kind*
  - *grenzen leren stellen: leren werken aan de 'situatiekant' (creëren of aanpassen van de voorwaarden zodat de kans op gewenst gedrag van de kinderen vergroot wordt), leren werken aan de gevolgen (negeren van discussie, gebruik van time-out,…)*
  - *discipline – niet-bestraffende disciplinebenaderingen*
  - *zelfcontrole*
  - *conflicthantering; leren omgaan met driftbuien*
  - *regels en afspraken maken*
  - *aanleren van weigering aan het kind*
  - *monitoring*
  - *problemen oplossen – probleemoplossende benaderingen en aanleren van probleemoplossende vaardigheden aan het kind*
  - *aanleren van strategieën aan het kind om op school te slagen*
  - *leren aanbrengen van een dagstructuur die aangepast is aan het ontwikkelingsniveau en de noden van het kind*
  - *gebruik van heldere communicatie en actief luisteren (naar kinderen die niet luisteren); 'ik'-boodschap leren geven; 'gezond denken'*
  - *speelvaardigheden.*

- **Mogelijke methodieken**

Er zijn heel veel methodieken die gebruikt kunnen worden binnen een oudercursus. We sommen hier een aantal methodieken op. Voor de concrete uitwerking hiervan verwijzen we naar de literatuurlijst en naar bijlage 9.

- Startmethodieken: een openingsvraag, cirkelassociatie of brainstormen, 'de ideale ouder…',…
- Aanreiken van kennis via video, een uiteenzetting, een bezoek, een boek,…
- Aanleren van vaardigheden via modelling door de begeleider of video.
- Verwerkingsvormen door bespreking in (sub)groepen, discussievragen, stellingen, dobbelsteenspel, testjes, allerlei spelvormen (bijvoorbeeld strokenspel, opvoedingsdoelen, roze en grijze wolk),… (cf. Marx, 2001a).
- Vaardigheden oefenen door middel van gerichte instructie, werkbladen, rollenspel, modelling door middel van video, huiswerkopdrachten.
- Vragen van ouders verwerken door bijvoorbeeld de 'incident-methode', vragen of situaties op kaartjes, een vragenflap, vragendoos,… (Marx, 2001a).

Tenslotte is het ook belangrijk om voldoende te **evalueren** via verschillende werkvormen en om de ouder geregeld **informatie mee** te **geven**, zodat zij thuis nog eens alles kan nalezen of opfrissen op een later tijdstip.
Uiteraard dienen de gekozen methodieken aangepast te zijn aan zowel de inhoud van de sessie als aan de groep ouders die de sessie volgt (Schouten et al., 2001).

11.1.3 Evaluatie

Wat betreft de mogelijke effecten van oudercursussen op het opvoedingsgedrag van de ouder en op de ontwikkeling van het kind stelt Burggraaff-Huiskes (2001b) dat de resultaten van onderzoeken naar het effect van gestructureerde oudercursussen en oudertrainingen over het algemeen positief zijn. Er worden veranderingen gemeld in houding en attitude van ouders en in gedrag van zowel ouders als kinderen. Het gaat dan om oudercursussen die doorgaans gebaseerd zijn op een specifieke theoretische achtergrond en waarin ouders concrete opvoedingsvaardigheden leren en waarbij ook geoefend wordt met huiswerkopdrachten en rollenspelen.

Hierbij aansluitend geeft Marx (2001b) aan dat uit Amerikaans en Engels onderzoek blijkt dat bepaalde positieve veranderingen in de houding van de ouders en het gedrag van kinderen duidelijk meetbaar zijn na het volgen van een oudercursus. Er is bovendien een relatie aangetoond tussen toegenomen zelfvertrouwen en gevoel van eigenwaarde bij ouders en een toename van de eigenwaarde van kinderen. Als positief effect wordt ook genoemd: inzicht in, begrip voor het eigen gedrag en voor de behoeften van kinderen. Dit leidt tot verbeteringen in het gedrag van kinderen, een verbeterde relatie en communicatie tussen ouders en kinderen en minder stress in het gezin.

Verschillende andere onderzoekers (zie onder meer Dishion & Andrews, 1995; Ruma et al., 1996; Serketich & Dumas, 1996; Webster-Stratton, 1994) menen dat oudercursussen die zich op het gedrag van ouders richten risicofactoren kunnen verminderen en beschermende factoren kunnen bevorderen.

Onderzoek van Catalano et al. (1997) geeft aan dat er van oudertraining in combinatie met thuisbegeleiding en een methadonprogramma positieve effecten zijn, onder meer dat er meer familiebijeenkomsten gehouden worden wat betekent dat er een verhoogde positieve betrokkenheid ontstaat en er meer communicatie is tussen ouders en kinderen en een daling in het opiaatgebruik. Catalano et al. stellen in die zin dat:

> *"intensive family interventions with parents in methadone treatment can reduce their children's exposure to critical parent-related risk factors".*

Ook uit ander onderzoek van Catalano et al. (1999) blijkt dat opvoedingsondersteuning van drugverslaafde ouders niet alleen positieve resultaten heeft met betrekking tot de

ouderschapsvaardigheden van ouders, familiemanagement, conflicten in het gezin en de opvoeding en ontwikkeling van de kinderen, maar dat het ook voor het eigen groeiproces van de ouder en specifiek naar haar druggebruik toe positieve resultaten heeft.

Juliana & Goodman (1997) geven aan dat studies uitgewezen hebben dat de zelfwaardering van ouders die deelnamen aan ouderschapsgroepen substantieel verbeterde, wat op zijn beurt resulteerde in een verbeterde ontwikkeling van het kind.

Ander onderzoek zou aantonen dat interventies die de vaardigheden van de ouders naar het management van het gezin toe ondersteunen ervoor zorgen dat de negatieve (coercieve) interacties en het antisociaal gedrag van het kind verminderen (Dishion & Patterson, 1992; Kazdin, 1987).

Ook Webster-Stratton et al. (1988) vonden binnen diverse vormen van ouderschapsklassen significante verbeteringen in het gedrag van hun kinderen op diverse vragenlijsten. Ouders toonden op vier variabelen significante veranderingen in hun interactioneel gedrag met hun kind. Tussen de verschillende vormen van ouderschapsklassen (met en zonder video, in groep video bekijken of alleen) waren er weinig verschillen; er was een licht voordeel voor de vormen waarin videotape-modelling wordt gebruikt. Opmerkelijk is het lage percentage van afhaken van de oudercursus bij de individuele vorm van videotape-modelling.

Een **bedenking** is wel dat dergelijke programma's vooral effectief zijn in gezinnen met jonge kinderen (Catalano et al., 1999; Dawe et al., 2000). Bovendien zouden deze programma's minder effectief zijn indien er sprake is van bijkomende huwelijksproblemen, misbruik in de relatie, geen ondersteunende partner, depressie bij de ouder, negatieve sociodemografische kenmerken, weinig sociale ondersteuning, hoge levensstress en economische moeilijkheden (Dawe et al., 2000; Serketich & Dumas, 1996; Webster-Stratton, 1994). Ook eenouder-gezinnen zouden vlugger afhaken van een dergelijke training (Serketich & Dumas, 1996). Dit zou kunnen ondervangen worden door bijkomende ondersteuning op andere vlakken, hoewel men de ouders ook niet mag overladen met diverse interventies.
Ook Webster-Stratton (1994) geeft aan dat niet alleen mag gefocust worden op ouderschapsvaardigheden, maar dat ook andere vaardigheden, zoals sociale, communicatieve en probleemoplossende vaardigheden belangrijk zijn binnen het ouderschap en dat ook aan deze vaardigheden moet gewerkt worden om het ouderschap zelf te verbeteren. Gecombineerde pakketten zouden dan ook een sterker resultaat hebben.

11.2 OUDERGROEPEN

11.2.1 Wat zijn oudergroepen?

De opvoedingsondersteunende methodiek 'oudergroepen' kent verschillende termen, zoals 'mother's support groups' (Camp & Finkelstein, 1997) en lotgenotencontacten. Om voldoende helderheid te scheppen en een zekere eenvormigheid na te streven met de oudercursussen hanteren we verder de term 'oudergroepen', hoewel ook andere termen goed weergeven waarover het hier gaat.
Centraal in oudergroepen staat dat ouders er hun dagelijkse ervaringen in het ouderschap kunnen delen en elkaar op die manier kunnen ondersteunen in het omgaan met ouderschapsproblemen (Camp & Finkelstein, 2000). Het gaat dus om een groep ouders die regelmatig samenkomt om elkaar te ondersteunen binnen de opvoeding. De Kruif (2001) stelt in die zin als één van de belangrijkste **doelen** van oudergroepen het vinden van *herkenning* en *erkenning*.

Het werken in een **groep** van ouders kan heel wat voordelen bieden. Zo biedt een groep de mogelijkheid de eigen ervaring te verdunnen en kan het werken in groep het 'lotgenoten-gevoel' versterken. Ten tweede bevordert de groepscohesie de mogelijkheid gezamenlijk meer controle te krijgen over een voorheen niet te controleren situatie.
Daarnaast kan een groep ook een zeker normaliserend effect hebben: je bent namelijk niet de enige die dergelijke ervaringen heeft meegemaakt (Hooijer, 2001). Doordat men met groepswerk ervaringsgericht rond bepaalde thema's kan werken, kunnen mensen uit hun isolement worden gehaald. Oudergroepen werken in die zin 'ontschuldigend' voor het gezin en hun leefsituatie, temeer daar problemen er maatschappelijk kunnen worden gesitueerd. Drugverslaafde ouders hebben immers vaak een grote behoefte om hun verhaal te kunnen vertellen en ervaringen te delen. Oudergroepen bieden hiertoe een belangrijk forum en het delen van ervaringen kan er ook toe leiden dat er veranderingen komen in de perceptie van het kind door de ouder, zijn ouderrol en zijn zelfbeeld (Nardi, 1998).
Ten vijfde biedt een groep de mogelijkheid om te experimenteren met nieuwe vaardigheden, om problemen en oplossingen te verkennen en nieuwe inzichten op te doen (Dalle, 2000).
Tenslotte kunnen oudergroepen belangrijk zijn voor het versterken van bekwaamheids-gevoelens van ouders en het bevestigen van hun inzet. Ouders geven elkaar immers spontaan heel veel erkenning en emotionele steun (Van den Eynde, 2000).
Ouder*groepen* hebben in die zin dus vaak een veel sterkere, meer beklijvende werking dan *individuele* ouderbegeleiding.

Een oudergroep biedt aan ouders die reeds verder gevorderd zijn in het programma de mogelijkheid om de 'jongere' ouders een stuk mee op weg te nemen, hen (op) te leiden. Dit kan heel sterk de motivatie en het zelfwaardegevoel van deze **'oudere' ouders** bevorderen.
Anderzijds kan de aanwezigheid van 'oudere' ouders een belangrijke ondersteuning bieden aan **'jongere' ouders** en kunnen deze jongere ouders heel wat opsteken van de ervaringen en tips van de 'oudere' ouders die als het ware model staan voor een 'goed' ouderschap én voor de motivatie om het programma vol te houden.

11.2.2 Werkwijze

- **Concrete werkwijze**

Om continuïteit te verzekeren en een zeker groepsproces te kunnen opbouwen dient het te gaan om **wekelijkse** sessies, die het best op een vast tijdstip doorgaan.
De **duur** is minimum anderhalf uur; best dient twee uur voorzien te worden.
Om een zekere groepsdynamiek te creëren dient het **aantal deelnemers** minimum drie te bedragen; om iedereen voldoende aan bod te kunnen laten komen dient best een maximum van acht deelnemers gerespecteerd te worden. Alle ouders dienen steeds aanwezig te zijn (mits bepaalde uitzonderingen natuurlijk).
Er moet voldoende rust zijn in de **ruimte** en iedereen moet er ongestoord kunnen praten.

Wat betreft de **sekse** van de deelnemers kan geopteerd worden voor groepen die louter uit mannen of louter uit vrouwen bestaan, omdat vooral voor vrouwen bepaalde thema's moeilijker met mannen te bespreken zijn. Anderzijds is er ook een aantal voordelen aan te geven van gemengde groepen. De keuze hiervoor is sterk afhankelijk van de keuze om al dan niet ook vaders op te nemen in de voorziening. Ook wat betreft de begeleider van deze oudergroep kan men zich de vraag stellen of dit een man of een vrouw moet zijn. Ook hier zijn voor- en nadelen van beide opties aan te geven.

- **Inhoudelijk**

Aansluitend bij de basisprincipes van opvoedingsondersteuning is het belangrijk om in oudergroepen steeds te vertrekken van de aanwezige behoeften, de concrete **dagelijkse opvoedingsvragen**, -ervaringen, -verwachtingen en -twijfels van de deelnemers. Het ervaren van steun bij dagelijkse kleine problemen en het aangereikt krijgen van bepaalde concrete oplossingsmogelijkheden door andere ouders zijn heel belangrijk.
Maar ook meer persoonlijke twijfels, vragen en emoties van de ouder dienen hier een plaats te krijgen. Het vinden van erkenning en herkenning, het krijgen van bevestiging of het doorprikken van bepaalde oordelen of gedachten zijn belangrijk in de beleving van het ouderschap door de ouder.
Soms komen in deze oudergroepen ook praktische problemen van het **samenleven** van verschillende ouders en kinderen aan bod. Indien er binnen het programma geen andere ruimte kan gecreëerd worden om problemen van het samenleven uit te klaren en op te lossen, is het belangrijk dat hiervoor in de oudergroepen aandacht is. Toch is het wellicht beter dat dergelijke problemen in een ander kader besproken worden, zodat de inhoud van de oudergroep niet te veel overladen wordt met praktische problemen waardoor er weinig tijd en ruimte overblijft voor de persoonlijke vragen van de ouders.

Als begeleider kan men kiezen voor een volledig vrije invulling, voor een meer thematische invulling van de oudergroep of voor een combinatie van beide (de Kruif, 2001). In elk geval is het belangrijk dat er voldoende inhoudelijke **continuïteit** is: oudergroepen mogen geen 'babbeluurtjes' worden; er dient voldoende verdieping te zijn van bepaalde thema's en het is ook van belang dat bepaalde problemen of moeilijkheden verder opgevolgd worden. Deze continuïteit waarborgen is een belangrijke taak voor de begeleider, maar kan ook versterkt worden door van elke oudergroep door een ouder een kort verslag te laten maken dat de week nadien terug opgenomen wordt. Dit betekent dat het belangrijk is dat er **doelgericht** gewerkt wordt en dat met respect voor of vanuit de doelen van de betrokkenen.
'Ervaringsleren' – het leren door te luisteren naar ervaringen van anderen – is belangrijk in oudergroepen, maar het concrete verhaal moet ook overstegen worden en er moet gestreefd worden naar **verdieping**. In die zin is het als begeleider belangrijk om in de groep een gemeenschappelijk gespreksniveau na te streven en toch in elk verhaal verschillende

probleemlagen te onderkennen (pedagogische, relationele, sociaal-economische en levensbeschouwelijke probleemlagen) (Vandemeulebroecke, 2001). Het bieden van aanvullende kaders (bijvoorbeeld verwijzen naar oudercursussen, een boek aanreiken,…) en inhoudelijke continuïteit nastreven kunnen deze verdieping bevorderen.

Inhoudelijk kan ervoor gekozen worden om de **groepssamenstelling** te baseren op bepaalde criteria, bijvoorbeeld de leeftijd van de kinderen (Brown et al., 1996) of de fase in het programma (bijvoorbeeld aparte groepen voor ouders die reeds in het halfweghuis wonen). Ook kan geopteerd worden voor een specifieke groep voor zwangere moeders.

- **De begeleiding**

Wie begeleidt de oudergroep? De begeleider kan de pedagogisch begeleider van de voorziening zijn of het kan een begeleider van het ouderprogramma zijn. Er kan ook voor geopteerd worden om bijvoorbeeld iemand van de familiewerking deze groep te laten begeleiden. Ideaal uiteraard is om een oudergroep door twee personen te laten begeleiden. Voldoende continuïteit waarborgen in wie deze oudergroepen op zich neemt is belangrijk.
Gezien het belang van het zelfhulpprincipe, zowel in de visie op oudergroepen als in de visie van de therapeutische gemeenschap, kan ervoor gekozen worden dat een ouder als '**ervaringsdeskundige**' – samen met een staflid – de begeleiding van de oudergroep op zich neemt.

Wat de **houding** van de begeleider betreft is het heel belangrijk dat de begeleider zelf een **rolmodel** is van effectief ouderschap (bijvoorbeeld door consequent respect te betonen en door duidelijke, maar niet bestraffende grenzen te stellen) (Luthar & Suchman, 2000). Het is essentieel dat de begeleider in een oudergroep geen leidende maar een **begeleidende** rol op zich neemt. Dit betekent dat de ouders zelf het meest aan het woord zijn, dat niet de begeleider, maar de ouders elkaar antwoorden aanreiken. Dit betekent ook dat het de ouders zijn die bepalen hoe de groep loopt, dat de begeleider zijn werk voortdurend moet aanpassen, afhankelijk van de deelnemende groep.

Zo is het ook belangrijk dat de begeleider een sfeer creëert waarin iedereen zich voldoende vrij voelt om te spreken en om bepaalde moeilijkheden naar voor te brengen. **Veiligheid** en een sfeer van **vertrouwen** en vertrouwelijkheid creëren is essentieel. Opnieuw verwijzen we hier naar 'empowerment': respect voor de karakteristieken van de betrokken individuen of groep en gelijkwaardigheid tussen ouders en begeleider zijn belangrijke elementen (De Ree, 1998; Vandemeulebroecke & Nijs, 2001).

Zo staat de begeleider voor de opdracht om de deelnemers uit te nodigen om hun eigen verhaal te vertellen, te expliciteren hoe zij omgaan met hun kinderen, wat ze moeilijk vinden, waarover ze tevreden zijn, wat hun verwachtingen zijn,… Het is zijn taak om het communicatieproces vanuit de door de deelnemers aangebrachte thema's te laten vertrekken en deze onbevooroordeeld en niet vanuit een tekortanalyse te benaderen (Nys & Wouters, 2001).
Naast dit creëren van de nodige ruimte voor de verhalen van de deelnemers moet de begeleider ervoor zorgen dat er ook iets aan toegevoegd wordt, dat er vruchtbare groei- en leermogelijkheden zijn (ibid.). Van de begeleider wordt dus een heldere en **structurerende inbreng** verwacht (Vandemeulebroecke et al., 1999 in: Nys & Wouters, 2001). De begeleider dient uiteraard vertrouwd te zijn met het werken met groepen en met de doelgroep en hij moet aan verschillende opvoedingsondersteunende activiteiten vorm kunnen geven (Nys & Wouters, 2001).

11.2.3 Evaluatie

Uit de studie van Luthar & Suchman (2000) blijkt dat oudergroepen uiteenlopende positieve resultaten hebben. Ze kunnen het engagement van de ouders voor de behandeling vergroten en minder goed ouderschap op verschillende domeinen verbeteren. Dit kan ook invloed hebben op gedaalde niveaus van middelengebruik.
Ouders zelf ervaren de ondersteunende en niet-confronterende benadering van deze groepen als de eerste motivatie om te blijven participeren aan de groepen.
Daarnaast wordt ook aangegeven dat oudergroepen kunnen leiden tot duidelijke en langdurige verbeteringen in de affectieve interacties tussen ouder en kind en verbeteringen in het algemene gevoel van ouderlijke voldoening.

Burggraaff-Huiskes (2001b) stelt dat over het effect van discussiegroepen voor ouders bekend is dat ze zelden leiden tot gedragsverandering bij ouders en dat er geen vaardigheden worden aangeleerd. Discussiegroepen hebben wel andere effecten, bijvoorbeeld in de vorm van uitbreiding van het sociaal netwerk van ouders en het bieden van emotionele en praktische steun door ouders onderling. In die zin vormen discussiegroepen een grote bron van opvoedingsondersteuning.

12.3 ANDERE METHODIEKEN VAN OPVOEDINGSONDERSTEUNING IN GROEP

Er zijn nog diverse andere methodieken van opvoedingsondersteuning die in groepen kunnen gehanteerd worden. We denken hier voornamelijk aan het aanwenden van **methodieken** die ook gehanteerd worden bij de individuele begeleiding van ouder en kind samen in de gehele groep van alle ouders en kinderen. Het gaat hier onder meer om:

- creatieve therapie (beeldend, muziek)
- speltherapie (Mosley, 1996)
- psychomotorische therapie en dans
- babymassage (Field et al., 1986 in: Brown et al., 1996); massage van het oudere kind
- gespreksgroepen met alle ouders en alle kinderen
- bepaalde activiteiten samen doen met alle ouders en alle kinderen (gaan zwemmen, een feestje, samen naar een speeltuin,…) (Van Dijke et al., 2000)
- gestructureerde ouder-kind interactiegroepen
- kooklessen (Dalle, 2000).

Een **voordeel** van het doen van dit soort activiteiten met alle ouders en kinderen samen is dat dit misschien minder bedreigend is voor bepaalde ouders en/of kinderen. Bovendien biedt dit heel veel mogelijkheden tot ‘modelling’, tot leren van het gedrag van een andere ouder of een ander kind. Ten derde biedt zoiets ook veel mogelijkheden tot correctie van gedrag door een andere ouder in plaats van door de begeleider, wat een stuk minder bedreigend en in die zin veel effectiever kan zijn.

SAMENVATTEND
HOOFDSTUK 11: OPVOEDINGSONDERSTEUNING IN GROEPEN

11.1 Oudercursussen

De centrale doelstelling van een oudercursus is om de ouder competenter te maken, door haar kennis te vermeerderen en door het aanleren van specifieke opvoedingsvaardigheden. Dat kan er ook toe leiden dat het zelfvertrouwen van de ouder toeneemt. Dit alles kan de ontwikkeling van het kind ten goede komen.

Oudercursussen bestaan meestal uit een twaalftal opeenvolgende, wekelijkse sessies van zo'n twee uur.
Deze methodiek dient gefundeerd te zijn in een positieve visie van 'empowerment'.
De inhouden van oudercursussen richten zich op het vermeerderen van de kennis omtrent de ontwikkeling en de opvoeding van het kind en op het aanleren van diverse vaardigheden.
Voor de concrete uitwerking van deze oudercursussen aan de hand van specifieke methodieken verwijzen we naar bestaande draaiboeken.

11.2 Oudergroepen

Oudergroepen bieden veel mogelijkheden naar opvoedingsondersteuning toe: ouders kunnen elkaar bemoedigen, beluisteren, erkenning geven, tips geven of corrigeren, ze kunnen leren van elkaars ervaringen, kunnen in groep experimenteren met nieuw gedrag, vinden er herkenning voor twijfels, schuld- en schaamtegevoelens,…

Inhoudelijk zijn deze groepen heel divers. In elk geval is het belangrijk dat steeds uitgegaan wordt van de inbreng van de ouders zelf, hoewel als begeleider ook moet gestreefd worden naar inhoudelijke continuïteit en naar verdieping van bepaalde onderwerpen.
Het dient te gaan om wekelijkse sessies van anderhalf à twee uur, waarbij de groep voldoende groot is om een zekere groepsdynamiek te kunnen creëren.
De begeleider mag zich niet als 'alwetende' opstellen, wat niet betekent dat er niet corrigerend, structurerend of verduidelijkend kan worden opgetreden. Veiligheid en een sfeer van vertrouwen zijn belangrijk om voldoende openheid te kunnen creëren.

11.3 Andere methodieken van opvoedingsondersteuning in groep

Methodieken die in de individuele begeleiding van ouder en kind gebruikt worden, kunnen ook aangewend worden in groepsverband.

DEEL 4

KWALITEITSBEWAKING EN EVALUATIE

HOOFDSTUK 12:
KWALITEITSBEWAKING EN EVALUATIE

12.1 DE NOODZAAK VAN KWALITEITSBEWAKING

De laatste jaren wordt steeds meer geschreven en gesproken over de noodzaak van kwaliteitsbewaking. Het bewaken van de kwaliteit van een voorziening en van een programma is een complex gegeven met diverse aspecten die niet los kunnen gezien worden van elkaar en van het geheel. De kwaliteit van een residentieel ouder-kindprogramma evalueren en bewaken is nog extra moeilijk door de complexiteit van de systemen waarmee gewerkt wordt, zijnde een ouder of een ouderpaar met één of meerdere kinderen.
In alle aspecten van de evaluatie moet de complexiteit van de cliëntsystemen waarmee gewerkt wordt mee betrokken worden. Dit betekent dat alles (minstens) op een drievoudig niveau moet getoetst worden, namelijk dat van het kind, dat van de ouder(s) én dat van het gezin als geheel. Andere niveaus zijn onder meer de echtpaarrelatie, de broer-zusrelatie, de relatie met de ruimere familie en omgeving,…

Bij de evaluatie van een programma en van de voorziening waarin het programma een plaats krijgt, moet uitgegaan worden van de doelstellingen die men voorop stelde: zijn we er in de voorziening met het huidig programma in geslaagd om de vooropgestelde doelstellingen ten aanzien van onze cliënten te bereiken?
Naast het evalueren van de mate waarin de doelstellingen bereikt werden, dient ook ruimer gekeken te worden: hoe zit het met de infrastructuur, de teamsamenstelling en het functioneren van het team, de afstemming van de verschillende programmaonderdelen,…?
In dit alles dient steeds rekening te worden gehouden met de mening van de cliënten en ex-cliënten hierover. Ook een meer wetenschappelijke evaluatie van het programma kan hier een belangrijke ondersteuning vormen.

12.2 EVALUATIE VAN EEN RESIDENTIEEL OUDER-KINDPROGRAMMA

- **Evaluatie in de wetenschappelijke literatuur**

We vinden het belangrijk om hier een aantal elementen uit de wetenschappelijke literatuur naar voor te halen die aangeven in welke mate en op welke vlakken residentiële ouder-kindprogramma's positieve resultaten opleveren.

Bij deze evaluatie van residentiële ouder-kindprogramma's kunnen verschillende criteria gehanteerd worden. De meest gehanteerde criteria hebben betrekking op de evoluties die de ouder doormaakt, de evoluties in haar fysieke en mentale gezondheid en de impact ervan op haar kind. Mogelijke criteria zijn (Nunes-Dinis, 1993 in: Grella, 1996): de kwaliteit van de relatie tussen de ouder, haar partner en het kind (met onder meer communicatieve vaardigheden), ouderschapsvaardigheden, het psychologisch welbevinden, de medische en voedingsstatus van de ouder, de vooruitgang in werktraining en educatieve verbeteringen bij de ouder en het druggebruik en de criminele activiteiten van de ouder. Daarnaast wordt ook de gezondheid en ontwikkeling van het kind als mogelijk criterium gehanteerd.

Uit een onderzoek van Goddard et al. (1991) blijkt een significante verbetering van het oogcontact van de ouder met haar kind bij de ouders die een residentieel ouder-kindprogramma volgden. Deze auteurs stellen dat er geen significante verbeteringen zijn op andere dimensies (fysiek en vocaal contact, stemming, algemene routine, risico voor het kind).

De **ouders** zelf geven wel een aantal positieve elementen aan (Goddard et al., 1991), namelijk verbeteringen in het gedrag van het kind en de ouder-kind relatie, de ouders ervaren dat ze deugd hadden van de aanwezigheid van het kind in het programma, de ouders menen dat de discipline en gestructureerde regelmatige routine goed zijn voor het kind en tenslotte worden de aanwezigheid van andere kinderen en de ondersteuning en expertise van de staf als positief ervaren.

De ouders geven ook wel een aantal belangrijke bedenkingen (Goddard et al., 1991): er wordt een grote nood ervaren aan veel ruimte in de voorziening en aan privacy, stilte en vrede (ook voor zichzelf, los van hun kind); ouders zouden ook meer willen weggaan met hun kind.
Ze merken dat kinderen soms slechte gewoontes overnemen van andere kinderen en dat het moeilijk is om samen te leven met zo veel mensen die allemaal verschillende ideeën hebben over opvoeding en het grootbrengen van kinderen. Ook het samenleven van kinderen van uiteenlopende leeftijden is niet steeds eenvoudig. Tenslotte geven ouders aan dat er nood is aan mannelijke stafleden.

Er zijn ook enkele auteurs die **algemene positieve effecten** van een residentiële ouder-kindbehandeling aangeven. Zo stelt Saunders (1993) een vermindering in psychologische problemen en verbeteringen in onafhankelijke levensvaardigheden, ouderschapsvaardigheden, jobvaardigheden en interpersoonlijke vaardigheden vast.
Lanehart et al. (1994) stellen dat een residentiële behandeling een significante voorspeller is van een drugvrije periode.
Uit het evaluatieproject van Projekt 4 (Den Haag) (Kroon et al., 2000) blijkt dat er bij de moeders significante verbeteringen vast te stellen zijn, onder meer op het vlak van middelengebruik, sociale relaties, arbeidssituatie, psychische klachten, pedagogische problematiek en problemen bij het kind. De moeders zijn over het algemeen erg tevreden over het programma; wel vinden ze dat het programma te lang duurt.

De **aanwezigheid** van de **kinderen** tijdens een residentieel behandelprogramma blijkt voor veel ouders een heel belangrijk element te zijn: moeders die hun kinderen meebrengen in de behandeling zouden betere resultaten hebben dan moeders die hun kinderen niet bij zich hebben (Stevens et al., 1997). Drugverslaafde vrouwen zouden gemakkelijker negatief of antisociaal gedrag achter zich kunnen laten wanneer ze hun kinderen bij zich kunnen hebben tijdens hun residentiële behandeling, wat hun kansen op herstel zou verhogen (Coletti et al., 1997). Bovendien zouden drugverslaafde moeders die hun kinderen bij zich hebben in een behandeling minder betrokken zijn bij criminele activiteiten, een sterker gevoel van zelfwaarde ontwikkelen en een betere ouder-kindrelatie hebben (Inskeep, 1981 in: Coletti et al., 1997). Ze zouden ook gemiddeld twee maal zo lang in het programma blijven (Winick & Evans, 1997): het samenleven van moeder en kind en het behouden van het hoederecht over het kind kunnen immers sterke motivaties zijn voor behandeling en kunnen het doel van een drugvrije levensstijl promoten (Graham et al., 1997).

Killeen & Brady (2000) benadrukken dat een **residentiële behandeling** vaak noodzakelijk is voor deze moeders, gezien ze zelf weinig gezonde rolmodellen kregen en geen adequate ouderschapsvaardigheden geleerd hebben. Bovendien leven deze ouders in een omgeving die doordrongen is van de drugproblematiek en vaak weinig ondersteunend is. Om dergelijke comprehensieve, omvattende levensstijlvaardigheden aan te leren en te 'modellen' lijkt een residentiële behandeling dan ook een noodzakelijke weg.
Een residentiële behandeling voor hoog-risico, kwetsbare vrouwen en hun kinderen biedt een meer omvattend model van drughulpverlening aan in een omgeving waar ze de mogelijkheid krijgen om te participeren. De moeders en de kinderen kunnen er een dagelijkse structuur, organisatie en consistentie ervaren in een therapeutische omgeving. Bovendien kunnen vrouwen er onder supervisie experimenteren met hun nieuw geleerde ouderschapsvaardigheden. Een langer verblijf kan de bewoners de gelegenheid bieden om gewoontes van een gezonder leven te leren en zo de moeders en hun kinderen beter uitrusten om zich te reïntegreren in de gemeenschap. Residentiële behandeling biedt volgens deze auteurs dan ook een nieuwe veelbelovende benadering om deze moeders en hun kind terug een plaats te geven in de maatschappij.

Als we tenslotte kijken naar het element **opvoedingsondersteuning** in een residentieel ouder-kindprogramma stelt Kumpfer (s.d.) dat het verbeteren van ouderschapsvaardigheden de gedrags- en emotionele problemen bij het kind kan verminderen, wat op zijn beurt kan leiden tot een verminderd druggebruik bij de moeder. Zo kunnen preventieve activiteiten die gericht zijn op het kind positieve therapeutische gevolgen hebben op depressie, zelfwaardering en druggebruik bij de moeder.

- **Bedenkingen en kritische succesfactoren**

In de literatuur wordt ook een aantal belangrijke **bedenkingen** aangegeven van deze **programma's**. Zo bleek uit de evaluatie van het Projekt 4 in Den Haag dat heel wat moeders over het algemeen erg tevreden zijn over het programma, maar het wel te lang vonden (Kroon et al., 2000).
Een bijkomende belangrijke bedenking is dat dergelijke programma's – zeker waar deze programma's binnen een traditie van een therapeutische gemeenschap worden opgestart – voor heel wat ouders hoogdrempelig zijn: er wordt meestal een sterke motivatie vereist en de doelstelling die nagestreefd wordt naar een volledig drugvrij bestaan is niet voor iedereen haalbaar. De hoge drop-out bij dergelijke programma's lijkt dan ook niet zo gemakkelijk op te lossen.

Naar **opvoedingsondersteuning** toe worden enkele **kritische succesfactoren** aangehaald om deze te doen slagen (Catalano et al., 1996, 1997):

- *Er dient veel aandacht te gaan naar de rekrutering voor het programma.*
- *Er moet voldoende 'outreachend' gewerkt worden: het is belangrijk om zelf naar de doelgroep toe te stappen en het programma voldoende toegankelijk te maken.*
- *Naast rekrutering is zeker ook retentie belangrijk, het kunnen houden van de mensen in het programma.*

- *Het opvoedingsondersteunend programma moet voldoende lang zijn (om resultaat te boeken).*
- *Het programma moet ook voldoende omvattend zijn, waarbij niet alleen training belangrijk is, maar ook andere ondersteunende interventies noodzakelijk zijn.*
- *Toch moet het programma steeds 'op maat' van de cliënt blijven: gezinnen mogen niet overladen worden met interventies.*
- *Het is tevens belangrijk dat deze programma's vroeg genoeg starten, gezien oudercursussen betere resultaten lijken te halen bij jonge kinderen.*
- *In de voorziening moet een eenduidig begrippenkader gehanteerd worden rond opvoedingsondersteuning.*
- *Opvoedingsondersteuning moet ingebed zijn in de rest van het programma.*
- *De voorziening dient ruimtelijke, materiële en financiële mogelijkheden te creëren en samen te werken met andere instanties voor het opzetten van de opvoedingsondersteuning.*

12.3 EVALUATIE VAN HET IMPLEMENTATIEPROCES VAN VIB IN DE TIPI

Tot slot van dit draaiboek willen we nog een aantal elementen aanreiken die nu reeds ter evaluatie van het implementatieproces van VIB in de Tipi kunnen worden aangegeven.

In de eerste plaats is er de **weerstand** van teamleden naar een nieuwe methodiek toe. Ondanks het aanvoelen van een duidelijke nood aan meer en verdergaande opvoedingsondersteuning binnen het programma was het niet steeds gemakkelijk om alle teamleden op één lijn te krijgen omtrent de keuze van de methodiek (Vermeire, 2001).
Ook de moeders zelf stonden in het begin wat weigerachtig tegenover de nieuwe methodiek, maar gaandeweg veranderde dit sterk en waren ouders er echt enthousiast over. Opvallend is dat het starten met VIB bij jonge moeders (die nog niet lang in het programma zijn) op minder weerstand stuit dan bij oudere moeders.

Een tweede moeilijk element is de vraag wie **verantwoordelijk** wordt voor deze methodiek. Enerzijds is er de vraag naar het vasthouden van de kennis en deskundigheid bij de voorziening (als slechts twee teamleden deze opleiding volgen, bestaat steeds het gevaar dat de methodiek wegvalt als één of beide teamleden de voorziening verlaten). Anderzijds is er ook de vraag naar de positie van deze VIB'ers: kunnen zij nog binnen de 'gewone' begeleiding functioneren of is de positie van een VIB'er onverenigbaar met een functie binnen de dagdagelijkse begeleiding?

Een derde moeilijk element is de **plaats** van deze methodiek in de voorziening: er moeten immers voldoende middelen gecreëerd worden, niet alleen naar materiaal toe, maar zeker ook naar het vrijmaken van één of meer personeelsleden voor het volgen én uitvoeren van de methodiek. Ook in het programma zelf moet ruimte gemaakt worden voor deze methodiek, wat ten koste kan gaan van andere begeleidingsmomenten of sessies. VIB blijkt trouwens een vrij **tijdsintensieve** methodiek te zijn.

Dit is nauw verbonden met het vierde knelpunt, namelijk de **integratie** van deze methodiek binnen andere programma-elementen. Kan deze methodiek of elementen die tijdens een VIB-sessie naar voor kwamen ook in andere therapieën of begeleidingsmomenten aan bod komen (bijvoorbeeld in familiegesprekken)?

Naast deze knelpunten willen we graag nog iets kwijt over de **meerwaarde** van VIB ten aanzien van andere opvoedingsondersteunende methodieken. In de bespreking van de methodiek zelf kwam reeds het specifieke van het medium video binnen VIB aan bod met heel wat sterke elementen. Ook positieve uitgangspunten van deze methodiek en hiermee verbonden het niet-bedreigende karakter ervan naar de moeder toe zijn heel belangrijk, wat ook maakt dat moeilijk bespreekbare zaken toch aan bod kunnen komen. Ook het goed uitgewerkte theoretisch en praktisch kader van deze methodiek betekent een belangrijke meerwaarde. De moeders van de Tipi die gewerkt hebben met VIB evalueren deze methodiek zelfs als heel positief en ook uit de eerste wetenschappelijke evaluatie van deze methodiek blijkt reeds een aantal belangrijke positieve evoluties.

Deze elementen die de meerwaarde kunnen aangeven van VIB zijn ook een antwoord op de vraag in welke mate VIB een belangrijke **aanvulling** kan zijn tegenover andere opvoedingsondersteunende methodieken. De processen die binnen de VIB-begeleiding op gang gezet worden, betekenen veel voor de ouder als ouder én voor de ouder als persoon. Verdieping van andere opvoedingsondersteunende methodieken én van andere therapieën en begeleidingssessies kan hierdoor in gang gezet worden. Anderzijds kunnen elementen uit andere therapieën of sessies ook verder uitgewerkt of doorwerkt worden binnen de VIB-begeleiding.

SAMENVATTEND
HOOFDSTUK 12: KWALITEITSBEWAKING

12.1 De noodzaak van kwaliteitsbewaking

Het evalueren van een programma en het bewaken van de kwaliteit ervan zijn noodzakelijke elementen om telkens opnieuw naar verdieping en verbetering te zoeken. Deze kwaliteitsbewaking dient uit te gaan van de vooropgestelde doelstellingen en na te gaan in welke mate deze doelstellingen al dan niet bereikt werden. Verder dient gefocust te worden op àlle elementen van de voorziening en van het programma en moeten alle elementen telkens op minimum drie niveaus getoetst worden (ouder, kind en gezin). Het bevragen van de cliënten zelf is hierbij een noodzakelijk onderdeel.

12.2 Evaluatie van een residentieel ouder-kindprogramma

In de literatuur zijn verschillende evaluaties van residentiële ouder-kindprogramma's terug te vinden. De resultaten zijn globaal gezien positief.
Toch wordt ook een aantal bedenkingen aangegeven, zoals de lange duur en de hoogdrempeligheid van deze programma's.
Verder wordt naar opvoedingsondersteuning toe ook een aantal kritische succesfactoren aangegeven, zoals het belang van 'outreachende' rekrutering en van retentie. Het programma moet voldoende lang en omvattend zijn, maar toch op maat van elke cliënt. Opvoedingsondersteuning dient zo vroeg mogelijk te beginnen en er moet samengewerkt worden met andere voorzieningen. Binnen de voorziening moet een eenduidig begrippenkader gehanteerd worden, er moeten voldoende middelen voorzien worden en opvoedingsondersteuning dient geïntegreerd te zijn in het gehele programma.

12.3 Evaluatie van het implementatieproces van VIB in de Tipi

VIB wordt in de Tipi geëvalueerd als een belangrijke methodiek met een duidelijke meerwaarde voor de cliënten. VIB lijkt ook een meerwaarde te zijn ten aanzien van de andere opvoedingsondersteunende methodieken.
Belangrijke knelpunten bij het implementeren van VIB in de Tipi waren onder meer de weerstand bij personeel en (in mindere mate) bij de ouders, de concentratie van de methodiek bij twee begeleiders, de positie van de VIB-begeleiders binnen de gewone begeleiding en de integratie van de methodiek in het ruimere programma.

LITERATUURLIJST

Ainsworth, M.D.S. (1978). *Patterns of attachment: A strange situation*. Hillside: Lawrence Erlbaum Associates.

Aldridge, T. (1999). Family Values. Rethinking children's needs living with drug-using parents. *Druglink, march-april '99,* 8-11*.*

Baker, P.L. & Carson, A. (1999). "I take care of my kids". Mothering practices of substance-abusing women. *Gender and Society, 13*, 347-363.

Bakker, I. & Blokland, G. (2001). *Een pleidooi voor het belang van opvoedingsondersteuning in groepen en een korte schets van het huidige aanbod*. Lezing op het Congres 'Samen Delen', ingericht door het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn en het Centrum voor Gezinspedagogiek van de Katholieke Universiteit Leuven. Rotterdam, 10 mei 2001.

Bakker, I., Blokland, G. & Wijnen, H. (red.) (2001). *Samen delen: methodiekboek voor opvoedingsondersteuning in groepen*. Utrecht: NIZW.

Bauman, P.S. & Dougherty, F.E. (1983). Drug addicted mothers' parenting and their children's development. *International Journal of Addictions, 18*, 291-302.

Beckwith, L. (1984). Parent interaction with their preterm infants and later mental development. *Early Child Development and Care, 16*, 1-2, 27-40.

Beckwith, L., Howard, J., Espinose, M. & Tyler, R. (1999). Psychopathology, mother-child interaction, and infant development: Substance-abusing mothers and their offspring. *Development and Psychopathology, 11*, 715-725.

Black, M., Nair, P., Kight, C., Wachtel, R., Roby, P. & Schuler, M. (1994). Parenting and early development among children of drug-abusing women: effects of home intervention. *Pediatrics, 94*, 440-448.

Black, M., Schuler, M. & Nair, P. (1993). Prenatal drug exposure: Neurodevelopmental outcome and parenting environment. *Journal of Pediatric Psychology, 18*, 605-620.

Blokland, G. (1996). *Over opvoeden gesproken: methodiekboek pedagogisch adviseren.* Utrecht: NIZW.

Blokland, G. (2001). Theorie en visie. In: Bakker, I., Blokland, G., & Wijnen, H. (red.), *Samen delen. Methodiekboek voor opvoedingsondersteuning in groepen.* Utrecht: NIZW, pp. 15-37.

Boszormenyi-Nagy, I. & Krasner, B.R. (1998). *Tussen geven en nemen. Over contextuele therapie*. Haarlem: Uitgeverij De Toorts.

Brady, J.P., Posner, M., Lang, C. & Rosati, M. (1994). *Risk and Reality: The implication of prenatal exposure to alcohol and other drugs*. The Education and Development Center. http:/aspe.os.dhhs.gov/hsp/cyp/drugkids.htm.

Breddels, E. (1996). Hulpverlening aan verslaafde ouders kan beter. *Tijdschrift voor Jeugdhulpverlening en Jeugdwerk*, 2, 27-34.

Broekaert, E., Bracke, R., Calle, D., Cogo, A., Van der Straten, G. & Bradt, H. (red.) (1996). *De nieuwe therapeutische gemeenschap*. Leuven/Apeldoorn: Garant.

Broekaert, E. (2000). Integrated treatment systems for substance abusers. In: Broekaert E., Vanderplasschen, W. & Bradt, H. (eds.), *Proceedings of the Second International Symposium on Substance Abuse Treatment and Special Target Groups – 'The integration of different treatment models'*. (De Haan: 20 – 22 march 2000). Gent: Department of orthopedagogics, pp 3-10.

Brown, V.B., Sanchez, S., Zweben, J.E. & Aly, T. (1996). Challenges in Moving form a Traditional Therapeutic Community to a Women and Children's TC Model. *Journal of Psychoactive Drugs, 28*, 1, 39-46.

Burggraaff-Huiskes, M. (2001a). Begeleiding en leiderschap. In: Bakker, I., Blokland, G. & Wijnen, H. (red.), *Samen delen. Methodiekboek voor opvoedingsondersteuning in groepen*. Utrecht: NIZW, pp. 61-75.

Burggraaff-Huiskes, M. (2001b). Onderzoek en evaluatie. In: Bakker, I., Blokland, G. & Wijnen, H. (red.), *Samen delen. Methodiekboek voor opvoedingsondersteuning in groepen*. Utrecht: NIZW, pp. 77-91.

Burns, K., Chethik, L., Burns, W. & Clark, R. (1991). Dyadic disturbances in cocaine-abusing mothers and their infants. *Journal of Clinical Psychology, 47*, 316-319.

Camp, J.M. & Finkelstein, N. (1997). Parenting training for women in residential substance abuse treatment: Results of a demonstration project. *Journal of Substance Abuse Treatment, 14*, 5, 411-422.

Catalano, R.F., Kosterman, R., Hawkins, J.D., Newcomb, M.D. & Abbott, R.D. (1996). Modeling the etiology of adolescent substance use: a test of the social development model. *Journal of Drug Issues, 26*, 429-455.

Catalano, R.F., Haggerty, K.P., Gainey, R.R. & Hoppe, M.J. (1997). Reducing Parental Risk Factors for Children's Substance Misuse: Preliminary Outcomes with Opiate-Addicted Parents. *Substance Use and Misuse, 32*, 6, 699-721.

Catalano, R.F., Gainey, R.R., Fleming, C.B., Haggerty, K.P. & Johnson, N.O. (1999). An experimental intervention with families of substance abusers: one-year follow-up of the focus on families project. *Addiction, 94*, 2, 241-254.

Christensen, M.J., Brayden, R.M., Dietrich, M.S., McLaughlin, F.J. et al. (1994). The prospective assessment of self-concept in neglectful and physically abusive low income mothers. *Child Abuse and Neglect, 18*, 3, 225-232.

Cohen, M. (2000). *Counseling addicted women. A practical guide*. London: Safe Publications, Inc. Thousand oaks.

Colpin, H. (1999). De gezinsopvoeding: een conceptueel kader. In: Vandemeulebroecke, L., Van Crombrugge, H. & Gerris, J. (eds.), *Gezinspedagogiek. Deel 1: Actuele thema's in onderzoek en praktijk.* Leuven/Apeldoorn: Garant.

Consultatiebureau B.G.J.G. Antwerpen – Oost-Vlaanderen (s.d.). *Opvoedingsondersteunend groepswerk met kansarme gezinnen – een draaiboek. Neerslag van 2 jaar projectwerking te Gent*. Brasschaat: Consultatiebureau B.J.G.J. Antwerpen – Oost-Vlaanderen.

Coletti, S.D., Schinka, J.A., Hughes, P.H., Hamilton, N.L., Renard, C.G., Sicilian, D.M. & Neri, R.L. (1997). Specialized Therapeutic Community Treatment for Chemically Dependent Women and Their Children. In: De Leon, G. (ed.), *Community as method: therapeutic communities for special populations and special settings.* USA – Westport: Praeger Publishers, pp. 115-128.

Cosden, M. & Cortez-Ison, E. (1999). Sexual Abuse, Parental Bonding, Social Support, and Program Retention for Women in Substance Abuse Treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 16*, 2, 149-155.

Crockenberg, S.B. (1981). Infant irritability, mother responsiveness, and social support influences on the security of infant-mother attachment. *Child Development, 52*, 857-865.

Dalle, D. (2000). Opvoedingsondersteuning en (kans-)arme gezinnen. *Tijdschrift voor Welzijnswerk, 24*, 232, 49-56.

Davis, S.K. (1990). Chemical Dependency in Women: A Description of its Effects and Outcome on Adequate Parenting. *Journal of Substance Abuse Treatment, 7*, 225-232.

Dawe, S., Harnett, P.H., Staiger, P. & Dadds, M.R. (2000). Parent training skills and methadone maintenance: clinical opportunities and challenges. *Addiction, 60*, 1-11.

De Groote, I, De Saeger, K., De Vylder, P., Noerens, V., Smet, D. & Verraes, A. (2002). *Drugverslaafde moeders en hun jonge kinderen. Evaluatie van het project video-interactie-begeleiding in de Tipi.* (Niet-gepubliceerde paper). Gent: Vakgroep Orthopedagogiek – Universiteit Gent.

Dekker, J.M. (1991). Video-hometraining. In: Baartman, H. (red.), *Praktisch-pedagogische thuishulp in bewerkelijke gezinnen.* Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum, pp. 38-55.

Dekker, J.M. & Biemans, H. (1994). *Videohometraining in gezinnen.* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

De Kruif, H. (2001). Lotgenotencontacten. In: Bakker, I., Blokland, G. & Wijnen, H. (red.), *Samen delen. Methodiekboek voor opvoedingsondersteuning in groepen*. Utrecht: NIZW, pp. 151-158.

De Leon, G. (1991). Aftercare in therapeutic communities. *International Journal of the Addictions, 25*, 9A-10A, 1225-1237.

De Leon, G. (ed.) (1997). *Community as method: therapeutic communities for special populations and special settings.* USA – Westport: Praeger Publishers.

De Leon, G. & Jainchill, N. (1991). Residential Therapeutic Communities for female substance abusers. *Bulletin of the New York Academy of Medecine, 67*, 3, 277-290.

De Ree, L. (1998). Empowerment in de hulpverlening: een introductie. In: Royers, T., de Ree, L. & Verbeek, G. (eds.), *Empowerment. Eigenmachtig worden in de hulpverlening.* Utrecht: NIZW, pp. 11-20.

Deren, S. (1986). Children of Substance Abusers: A review of the Literature. *Journal of Substance Abuse Treatment, 3*, 77-94.

Derluyn, I., Vanderplasschen, W. & Broekaert, E. (2000). *Drugverslaafden met jonge kinderen: een exploratief onderzoek naar modellen en opvoedingsondersteunende methodieken bij de hulpverlening aan drugverslaafde ouders met jonge kinderen* (niet-gepubliceerd onderzoeksrapport). Gent – Brussel : De Kiem – Vereniging voor Alcohol- en andere drugproblemen (VAD).

Dishion, T.J. & Andrews, D.W. (1995). Preventing escalation in problem behaviors with high-risk young adolescents: immediate and 1-year outcomes. Special Section: Prediction and prevention of child and adolescent antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 538-548.

Dishion, T.J. & Pattersson, G.R. (1992). Age effects in parent training outcome. *Behavior Therapy, 23*, 719-729.

Dobkin, P.L., Tremblay, R.E. & Sacchitelle, C. (1997). Predicting Boys' Early-Onset Substance Abuse From Father's Alcoholism, Son's Disruptiveness, and Mother's Parenting Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65,* 1, 86-92.

Downey, G. & Coyne, J.C. (1990). Children of Depressed Parents: An Integrative Review. *Psychological Bulletin, 108*, 1, 50-76.

Emery, R.E., Fincham, F.D. & Cummings, E.M. (1992). Parenting in context: systemic thinking about parental conflict and its influence on children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60,* 909-912.

Fineman, N.R., Beckwith, L., Howard, J. & Espinosa, M. (1997). Maternal Ego Development and Mother-Infant Interaction in Drug-Abusing Women. *Journal of Substance Abuse Treatment, 14*, 4, 307-317.

Finkelstein, N. (1994). Treatment issues for alcohol- and drug-dependent pregnant and parenting women. *Health Social Work, 19*, 7-15.

Finkelstein, N. (1996). Using the relational model as a context for training pregnant and parenting chemically dependent women. *Journal of Chemical Dependency Treatment, 6*, 23-44.

Fitzgerald, E., Kaltenbach, K. & Finnegan, L.P. (1990). Patterns of interaction among drug dependent women and their infants. *Pediatric Research/APS-SPR 27*, 4, 2, abstract #44.

Fox-Gorter, J. & de Groot, P. (1996). *Pedagogisch Beleidsplan Kinderdagverblijf 'De Woezel'*. Den Haag: Parnassia, psycho-medisch centrum.

Gerards, F.M. (1993). Pedagogische advisering en gedragsbehoud; een stappenplan. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 32*, 463-473.

Ghesquière, P. (1993). *Multi-problem gezinnen. Problematische hulpverlenings-situaties in perspectief*. Leuven/Apeldoorn: Garant.

Goddard, S., Bennett, G. & Rigby, K. (1991). Psychological change during residence in a rehabilitation centre for female drug misusers. Part II. Children of drug misusers. *Drug and Alcohol Dependency, 27*, 2, 159-165.

Goodman, G., Hans, S.L. & Cox, S.M. (1999). Attachment behaviour and its antecendents in offspring born to methadone maintained women. *Journal of Clinical Child Psychology, 28*, 1, 58-69.

Graham, A.V., Graham, N.R., Sowel, A. & Ziegler, H. (1997). Miracle Village: A Recovery Community for Addicted Women and Their Children in Public Housing. *Journal of Substance Abuse Treatment, 14*, 3, 275-284.

Greenleaf, V. (1989). *Women and cocaine: personal stories of addiction and recovery*. Los Angeles: Lowell House.

Grella, C.E. (1996). Background and Overview of Mental Health and Substance Abuse Treatment Systems: Meeting the Needs of Women who are Pregnant or Parenting. *Journal of Psychoactive Drugs, 28*, 4, 319-343.

Groenendaal, J.H.A. (1993). Opvoedingsondersteuning. Op zoek naar theoretisch bruikbare kaders en modellen. *Pedagogisch Tijdschrift, 18*, 101-112.

Gunning, W. (1998). *"Je bent moeder, verslaafd en onder behandeling van Brijder/KVO: vind je daar wat je nodig hebt?"*. Voordracht op de conferentie over verslaafde ouders en hun kinderen. Alkmaar: Triversum, Bijder Stichting en Academisch Medisch Centrum, 5 maart 1998.

Hans, S.L., Bernstein, V. & Henson, L.G. (1999). The role of psychopathology in the parenting of drug-dependent women. *Development and Psychopathology, 11*, 957-977.

Harmer, A.L.M., Sanderson, J. & Mertin, P. (1999). Influence of negative childhood experiences on psychological functioning, social support and parenting for mothers recovering form addiction. *Child Abuse and Neglect, 23*, 5, 421-433.

Hawley, T.L., Halle, T.G., Drasin, R.E. & Thomas, N.G. (1995). Children of addicted mothers: effects of the 'crack epidemic' on the caregiving environment and the development of preschoolers. *American Journal of Orthopsychiatry, 65*, 3, 354-379.

Hellingman, C.A. & Hermanns, J.M.A. (1991). Dagbehandeling van een risico-baby en zijn ouders. *Kind en Adolescent, 12*, 2, 103-109.

Hermanns, J.M.A. (1992). *Het sociale kapitaal van jonge kinderen. Jonge kinderen, opvoeders en opvoedingsondersteuning*. Utrecht: Uitgeverij SWP.

Hermanns, J. (1995). Jeugdproblematiek en opvoedingsondersteuning. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 34*, 9, 410-422.

Hoet, J. (1999). Wanneer de relationele hulpbronnen droogstaan: een contextuele visie op verslaving. In: Michielsen, M., van Mulligen, W. & Hermkens, L. (red.), *Leren over leven in loyaliteit. Over contextuele hulpverlening*. Leuven/Amersfoort: Acco, pp. 235-246.

Holmes, D., Nagy Reich, J. & Pasternack, T. (1984). *The development of infants born at risk*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.

Hooijer, W. (2001). "Een onmachtige verbintenis". Jongens als slachtoffer van seksueel misbruik. In: Vos, H., Bos, L. & Brook F., *Dubbelspoor. Over hechting en verslaving*. Groningen: Dr. Kuno van Dijk Stichting, pp. 33-43.

Howard, J. (1989). *Heavy substance abusers as parents: Results of an early intervention approach*. Paper presented at Protecting the Children of Heavy Drug Users. American Enterprise Institute for Public Policy Research.

Howard, J. & Kropenske, V. (1990). A prevention/intervention model for chemically dependent children and their offsprings. In: Goldston, S.D. et al. (eds.), *Preventing mental health disturbances in childhood.* Washington: American Psychiatric Press.

Jansen, R.J.A.H. & Wels, P.M.A. (s.d.). *Video Home Training. A supportive program for families with a hyperactive child*. http://www.socsci.kun.nl/pwo/orthogg/wels/wels.html

Janssens, J.M.A.M. (1998). Opvoedingshulp: doel, methoden en effecten. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 37*, 4, 133-147.

Janssens, J.M.A.M. & Kemper, A.A.M. (1996). Uitgangspunten en effecten van Videohometraining. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 35*, 178-193.

Janssens, J., Kemper, A. & Wels, P. (2001). Empowerment en jeugdhulpverlening. *Pedagogisch Tijdschrift, 26*, 1, 1-84.

Johnson, H.L., Glassman, M.B., Fiks, K.B. & Rosen, T.S. (1990). Resilient children: individual differences in developmental outcome of children born to drug abusers. *Journal of Genetic Psychology, 151*, 523-539.

Johnson, J.L. & Leff, M. (1999). Children of substance abusers: Overview of research finding. *Pediatrics, 103*, 5, 1085-1099.

Juffer, F., Van Ijzendoorn, M.H. & Duyvesteyn, M.G.C. (1994). Opvoedings-ondersteuning en intergenerationele overdracht van gehechtheid. Een overzicht van interventiestudies. *Kind en Adolescent, 15*, 4, 204-221.

Juffer, F., Duyvesteyn, M.G.C. & van Ijzendoorn, M.H. (1995). Opvoedingsonder-steuning en intergenerationele overdracht van gehechtheid: Kan de cirkel worden doorbroken? *Kind en Adolescent, 16*, 1, 27-41.

Juliana, P. & Goodman, C. (1997). Children of substance abusing patients. In: Lowinson, J.H., Ruiz, R.B.M. & Langrod, J.G. (eds.) (third edition), *Substance abuse: A comprehensive textbook*. Baltimore, M.D.: Williams and Wilkins, pp. 665-671.

Kazdin, A.E. (1987). Treatment of antisocial behavior in children: Current status and future directions. *Psychological Bulletin, 102*, 187-203.

Kearney, M.H., Murphu, S. & Rosenbaum, M. (1994). Mothering on crack cocaine: a ground theory analysis. *Social Sciences and Medicine, 38*, 351-361.

Kelley, S.J. (1992). Parenting stress and child maltreatment in drug-exposed children. *Child Abuse and Neglect, 16*, 317-328.

Kettinger, L.A., Nair, P. & Schuler, M.E. (2000). Exposure to Environmental Risk Factors and Parenting Attitudes Among Substance-Abusing Women. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 26*, 1, 1-11.

Killeen, T.K., Brady, K.T. & Thevos, A. (1995). Addiction severity, psychopathology and treatment compliance in cocaine-dependent mothers. *Journal of Addiction Disorders, 14*, 1, 75-84.

Killeen, T.K. & Brady, K.T. (2000). Parental stress and child behavioural outcomes following substance abuse residential treatment. Follow-up at 6 and 12 months. *Journal of Substance Abuse Treatment, 19*, 23-29.

Kronstadt, D. (1991). Complex Developmental Issues of Prenatal Drug Exposure. *The Future of Children, 1*, 1, 36-49.

Kroon, L.Y., Franken, I.H.A. & Hendriks, V.M. (2000). *Behandeling van verslaafde moeders en hun kinderen*. Den Haag: Stichting Parnassia.

Kumpfer, K.M. (1987). Special populations: Etiology and prevention of vulnerability to chemical dependency in children of substance abusers. In: Brown, B.S. & Mills, A.R. (Eds.), *Youth at High Risk for Substance Abuse.* Washington D.C.: U.S. Government Printing Office.

Kumpfer, K.L. (s.d.). Links Between Prevention and Treatment for Drug-Abusing women and Their Children.

Lambermon, M. (1993). Over de instructieve waarde van opvoedingsvoorlichting voor ouders, voorlichters en onderzoekers. Evaluatie van een project. *Pedagogisch Tijdschrift, 18*, 2, 113-127.

Lambert, C. (1998). Removing The Mystery: Evaluation of a Parent Manual by Adolescent Parents. *Adolescence, 33*, 129, 61-72.

Lanehart, R.E., Clark, H.B., Kratochvil, D., Rollings, J.P. & Fidora, A.F. (1994). Case management of pregnant and parenting female crack and polydrug abusers. *Journal of Substance Abuse, 6*, 4, 441-448.

Leif, N.R. (1985). The drug user as parent. *International Journal of the Addictions, 20*, 1, 63-97.

Leopold, B. & Steffan, E. (1997). *Special Needs of Children of Drug Misusers. Final Report*. Pompidou-group, Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs. Strasbourg: Council of Europe.

Luthar, S.S. & Suchman, N.E. (2000). Relational Psychotherapy Mothers Group: A developmentally informed intervention for at-risk mothers. *Development and Psychopathology, 12*, 2, 235-253.

Lynen, M. (2000). Naar een dialogische houding tussen medewerkers, familie en bewoners. *Tijdschrift voor Welzijnswerk, 24*, 232, 23-33.

Mallouh, C. (1996). The Effects of Dual Diagnosis on Pregnancy and Parenting. *Journal of Psychoactive Drugs, 28,* 4, 367-379.

Marcenko, M.O., Kemp, S.P. & Larson, N.C. (2000). Childhood experiences of abuse, later substance abuse and parenting outcomes among low-income mothers. *American Journal of Orthopsychiatry, 70*, 3, 316-323.

Marx, H. (2001a). Werkvormen en materialen. In: Bakker, I., Blokland, G. & Wijnen, H. (red.), *Samen delen. Methodiekboek voor opvoedingsondersteuning in groepen*. Utrecht: NIZW, pp. 93-116.

Marx, H. (2001b). Oudercursussen. In: Bakker, I., Blokland, G. & Wijnen, H. (red.), *Samen delen. Methodiekboek voor opvoedingsondersteuning in groepen*. Utrecht: NIZW, pp. 203-221.

Masten, A.S. & Coatsworth, J.D. (1998). The development of competence in favourable and unfavourable environments: lessons from research on successful children. *American Psychologist, 53,* 205-220*.*

Mathias, R. (1997). Mental Health Problems of Addicted Mothers Linked to Infant Care and Development. *Nida Notes, 12,* 1*.* http://www.nida.nih.gov/NIDA_Notes.

Matthys, F. (2000). *Leven met een verslaafde*. Leuven/Apeldoorn: Garant.

Michielsen, M., van Mulligen, W. & Hermkens, L. (red.) (1999). *Leren over leven in loyaliteit. Over contextuele hulpverlening*. Leuven/Amersfoort: Acco.

Mosley, T. M. (1996). PROTOTYPES: An Urban Model Program of Treatment and Recovery Services for Dually Diagnosed Perinatal Program Participants. *Journal of Psychoactive Drugs, 28*, 4, 381-387.

Muris, P., Vernaus, A., Van Hooren, M., Merckelbach, H., Heldens, H., Hochestenbach, P., Smeets, M. & Postema, C. (1994). Effecten van video-hometraining: een piloot-onderzoek. *Gedragstherapie, 27*, 1, 51-62.

Murphy, M., Jellinek, M., Quinn, D., Smith, G., Poitrast, F.G. & Goshko, M. (1991). Substance abuse and serious child mistreatment: prevalence, risk, and outcome in a court sample. *Child Abuse and Neglect, 15*, 197-211.

Nair, P., Black, M.M., Schuler, M. et al. (1997). Risk factors for disruption in primary caregiving among infants of substance abusing women. *Child Abuse and Neglect, 21*, 1039-1051.

Nardi, D. (1998). Addiction recovery from low-income pregnant and parenting women: a process of becoming. *Archives of Psychiatric Nursing, 12*, 2, 81-89.

N.O.O.D. (2000). *Druggebruik en Zwangerschap*. Antwerpen: N.O.O.D.-project, Free Clinic.

Nys, K. & Vandemeulebroecke, L. (2000). Gezins- en opvoedingsondersteuning. *Tijdschrift voor Welzijnswerk, 24*, 232, 5-11.

Nys, K. & Wouters, A. (2001). De betekenis van empowerment voor het opvoedingsondersteunend werken met kansarme gezinnen. *Pedagogisch Tijdschrift, 26*, 1, 19-43.

Pajulo, M., Savonlahti, E. & Piha, J. (1999). Maternal Substance Abuse: Infant Psychiatric Interest: A Review and a Hypothetical Model of Interaction. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 25*, 4, 761-769.

Peterson, L., Gable, S. & Saldana, L. (1996). Treatment of maternal addiction to prevent child abuse and neglect. *Addictive Behaviors, 21*, 6, 789-801.

Powis, B., Gossop, M.K., Bury, C., Payne, K. & Griffiths, P. (2000). Drug-using mothers: social, psychological and substance use problems of women opiate users with children. *Drug and Alcohol Review, 19*, 171-180.

Ravelli, A. (1990). Video-hometraining: oude wijn in nieuwe zakken? *Tijdschrift voor Jeugdhulpverlening en Jeugdwerk, 2*, 12, 2-7.

Reder, P. & Duncan, S. (1995). The Meaning of the Child. In: Reder, P. & Lucey, C. (eds.), *Assessment of Parenting*. London: Routledge.

Regan, D.O., Ehrlich, S.M. & Finnegan, L.P. (1987). Infants of drug addicts: At risk for child abuse, neglect, and placement in foster care. *Neurotoxicologie and Teratology, 9,* 4, 315-319.

Remmerswaal, J. (2001). Groep en deelnemers. In: Bakker, I., Blokland, G., & Wijnen, H. (red.), *Samen delen. Methodiekboek voor opvoedingsondersteuning in groepen.* Utrecht: NIZW, pp. 39-60.

Rink, J.E. (1995). *Pedagogische verwaarlozing en orthopedagogiek. Opvoeding – behandeling – personeelsbegeleiding –management*. Leuven/Apeldoorn: Garant.

Rodning, C., Beckwith, L. & Howard, J. (1989). Characteristics of attachment organization and play organization in prenatally drug-exposed toddlers. *Development and Psychopathology, 1*, 277-289.

Rodning, C., Beckwith, L. & Howard, J. (1991). Quality of attachment and home environments in children prenatally exposed to PCP and cocaine. *Development and Psychopathology, 3*, 351-366.

Ruma, P.R., Burke, R.V. & Thompason, R.W. (1996). Group parent training: is it effective for children of all ages? *Behavior Therapy, 27*, 159-169.

Saunders, E.J. (1993). A new model of residential care for substance-abusing women and their children. *Adult Residential Care Journal, 7*, 104-117.

Scarr, S. (1992). Developmental theories for the 1990s: development and individual differences*. Child Development, 63*, 1-19.

Schippers, G.M. (2001). *Kunnen verslaafde ouders opvoeden?* Lezing op het Symposium “Goed Gezin(d)”. Groningen: 11 mei 2001.

Schouten, M., Brookman, L. & Zopfi, J. (2001). *Het doel en de werkvormen*. Workshop op het Congres 'Samen Delen', ingericht door het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn en het Centrum voor Gezinspedagogiek van de Katholieke Universiteit Leuven. Rotterdam, 10 mei 2001.

Schumacher, J.E., Siegal, S.H., Socol, J.C., Harkless, S. & Freeman, K. (1996). Making Evaluation Work in a Substance Abuse Treatment Program for Women with Children: Olivia's House. *Journal of Psychoactive Drugs, 28*, 1, 73-83.

Serketich, W.J. & Dumas, J.E. (1996). The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: a meta-analysis. *Behavior Therapy, 27*, 171-186.

Smets, K. (2001). *Moeder en kind in de greep van verslaving. Supportieve hulp aan de pasgeborene.* Lezing op de Studiedag 'Moeder en Kind in de greep van verslaving. Perspectieven voor hulpverlening'. Organisatie: Katholieke Hogeschool voor Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen. Gent, 26 januari 2001.

Sproet, M. & Vos, R. (s.d.). *Verslaafde ouders en hun kinderen. Een residentieel gezinsbehandelingsprogramma*. Groningen: Afdeling Orthopedagogiek RUG.

Sproet, M., Vos, R.C., Verheij, F. (2001). *Goed Gezin(d). Klinische gezinsbehandeling in verslavingszorg en ggz*. Utrecht – Groningen: SWP – Kuno van Dijkstichting Stichting Groningen.

Stevens, S.J., Arbiter, N. & McGrath, R. (1997). Women and Children: Therapeutic Community Substance Abuse Treatment. In: De Leon G. (ed.), *Community as method: therapeutic communities for special populations and special settings.* USA – Westport: Praeger Publishers, pp. 129-141.

Swift, W. & Copeland, J. (1996). Treatment needs and experiences of Australian women with alcohol and drug-related problems. *Drug and Alcohol Dependence, 40*, 211-219.

Timmers-Huigens, D. (1994). *Opvoeden praktisch bekeken.* Deventer: Van Loghum Slaterus.

Uittenbogaard, B.P. (red.), Buitenhuis, M., Schuurman, J. & Wienke, D. (1996). *Stap voor stap. Een stappenplan om ouders met jonge kinderen te begeleiden bij opvoedingsvragen.* Utrecht: Uitgeverij SWP.

Van Bouchaute, J. (1996). Zwangerschap, ouderschap en drugsproblemen. *Het Kind*, februari – maart, nr. 1, 3-31.

Vandemeulebroecke, L. (2000). Opvoedingsondersteuning vandaag. *Gezinsbeleid in Vlaanderen, 29*, 2, 3-11.

Vandemeulebroecke, L. (2001). *Groepsgericht werken aan het opvoedingsperspectief: betekenisvolle reflecties voor betekenisvolle veranderingen*. Lezing op het Congres 'Samen Delen', ingericht door het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn en het Centrum voor Gezinspedagogiek van de Katholieke Universiteit Leuven. Rotterdam, 10 mei 2001.

Vandemeulebroecke, L. & Nys, K. (2001). Het concept empowerment op het domein van de gezins- en opvoedingsondersteuning en de pedagogische hulpverlening. *Pedagogisch Tijdschrift, 26*, 1, 3-17.

Van den Boom, D.C. (1994). The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: An experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers with irritable infants. *Child Development, 65*, 1457-1477.

Van den Eynde, M. (2000). Gepaste opvoedingssteun voor alle ouders. Visie van de Bond. *Gezinsbeleid in Vlaanderen, 29*, 2, 26-33.

Vanderplasschen, W., Derluyn, I. & Broekaert, E. (2002). Opvoedingsondersteuning van drugsverslaafde ouders en hun jonge kinderen. In: Buisman, W.R. (red.) et al., *Handboek verslaving: hulpverlening, preventie en beleid, aanvulling 29* – maart 2002. Houten: Bohn Stafleu Von Loghum.

Vanderplasschen, W., Lievens, K. & Broekaert, E. (2001). *Implementatie van een methodiek van case management in de drughulpverlening: een proefproject in de provincie Oost-Vlaanderen*. Orthopedagogische Reeks, nr. 14. Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.

Van Dijke, A., Snijders, J. & Terpstra, L. (2000). *Het werkveld opvoedings-ondersteuning en ontwikkelingsstimulering*. Utrecht: NIZW.

Van Ijzendoorn, M.H., Juffer, F. & Duyvesteyn, M.G.C. (1995). Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment: A review of the effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant security. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 36*, 2, 225-248.

Veldeman, L. (2000). *Contextuele Hulpverlening volgens Ivan Boszormenyi-Nagy, beknopt overzicht*. Werkdocument voor de VVBV-werkgroep ‘Gezinsbegeleiding’. Antwerpen: VVBV.

Vermeire, A. (2001). *Proces-analyse van het uitbouwen van een pedagogisch verantwoorde werking in een huis voor ex-verslaafde moeders en hun kinderen*. Niet-gepubliceerde licentiaatsscriptie. Gent: Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen – Universiteit Gent.

Voets, J. (2000). Het kind van de rekening: over opvoedingsondersteuning en pedagogische preventie. *Tijdschrift voor Welzijnswerk, 24*, 232, 62-71.

Voets, J. & Michielsen, L. (2000). Middelen: over gezinsgericht werken vanuit een residentiële setting. *Tijdschrift voor Welzijnswerk, 24*, 232, 78-91.

Volpicelli, J.R., Markman, I., Monterosso, J., Filing, J. & O'Brien, C.P. (2000). Psychosocially enhanced treatment for cocaine-dependent mothers. Evidence of Efficacy. *Journal of Substance Abuse Treatment, 18*, 41-49.

Vos, H., Bos, L. & Brook, F. (2001). *Dubbelspoor. Over hechting en verslaving*. Groningen: Dr. Kuno van Dijk Stichting.

Webster-Stratton, C. (1994). Advancing videotape parenting training: a comparison study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 583-593.

Webster-Stratton, C., Kolpacof, M. & Hollinsworth, T. (1988). Self-administered videotape therapy for families with conduct-problem children: comparison with two cost effective treatments and a control group. *Journal for Consulting and Clinical Psychology, 56*, 558-566.

Weiner, A., Kuppermintz, H. & Guttmann, D. (1994). Video Home Training (the Orion Project): A Short-Term Preventive and Treatment Intervention for Families with Young Children. *Family Process, 33*, 441-453.

Wels, P.M.A. (1995). Videohometraining. Een pedagogische hulpverleningsmethode aan gezinnen. *Kind en Adolescent, 16*, 155-169.

Wels, P. & Oortwijn, A. (1992). Video-hometraining. Een bijdrage tot wetenschappelijke fundering. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 31*, 3-21.

Whiteside-Mansell, L. et al. (1999). The development and evaluation of an alcohol and drug prevention and treatment program for women and children: The AR-CARES program. *Journal of Substance Abuse Treatment, 16*, 3, 265-275.

Williams-Peterson, M.G., Myers, B.J., Degen, H.M., Knisely, J.S., Elswick, R.K. & Schnoll, S.S. (1994). Drug-using and nonusing women: potential for child abuse, child rearing attitudes, social support, and affection for expected baby. *International Journal of the Addictions, 29*, 1631-1643.

Wilson, J. (1999). *Childhood Trauma, Adult Psychopathology and Addiction*. Proceedings of the International Symposium on Substance Abuse Treatment and Special Target Groups in De Haan, 22-23 april 1999, pp. 165-179.

Winick, C. & Evans, J.T. (1997). A Therapeutic Community Program for Mothers and Their Children. In: De Leon, G. (ed.), *Community as method: therapeutic communities for special populations and special settings.* USA – Westport: Praeger Publishers, pp. 143-159.

Wolin, S. & Wolin, S. (1995). Resilience among youth growing up in substance-abusing families. *Pediatric Clinics of North America, 42,* 2, 415-429.

Zimmer-Höfler, D. & Kooyman, M. (1996). Attachment transition, addiction and therapeutic bonding – an integrative approach. *Journal of Substance Abuse Treament, 13*, 6, 511-519.

Zuckerman, B. (1991a). *Heavy drug users as parents: Meeting the challenge*. Paper presented at the Protecting the Children of Heavy Drug Users meeting of the American Enterprise Institute for Public Policy Research, Williamsburg, VA.

Zuckerman, B. (1991b). Drug-exposed infants: Understanding the medical risk. *The Future of Children, 1*, 1, 26-35.

Bijlagen

BIJLAGE 1: AGOGISCH EN PEDAGOGISCH CONCEPT

De Tipi

Ontwerptekst agogisch en pedagogisch concept

Inleiding

Bij het ontwikkelen van onze pedagogische visie op het werken met moeders enerzijds en kinderen anderzijds in de Tipi hebben we geopteerd voor het parallel uitwerken van een agogisch en een pedagogisch concept. De opbouw van beide ziet er als volgt uit:

1. Agogisch concept	**2. Pedagogisch concept**
Doelgroep	Doelgroep
Krachtlijnen in de zorg voor de moeder	Krachtlijnen in de zorg voor het kind
Werkwijze . aanmelding en introductie . onthaalprogramma moeder . opname in de TG en voorbereiding komst kind . observatie gedrag en houding moeder . handelingsplanning . begeleiding van de moeder	Werkwijze . aanmelding en introductie . opvang kind tijdens onthaalprogramma moeder . komst van het kind in de Tipi . observatie gedrag en houding kind . handelingsplanning . begeleiding van het kind
Eindpunt en doel van de begeleiding – Nazorg	Eindpunt en doel van de begeleiding – Nazorg
Samenwerking met andere instanties	Samenwerking met andere instanties

1. Agogisch Concept

1.1 Doelgroep

De Tipi is ontstaan vanuit de ervaring dat verslaafde vrouwen voor een residentiële behandeling nergens terechtkunnen samen met hun kind(eren). Zij staan steeds voor het dilemma om zelf in behandeling te gaan en hun kind toe te vertrouwen aan derden of om zelf verder voor hun kind te zorgen en hun eigen nood te verwaarlozen.

Met de oprichting van de Tipi was het de bedoeling te komen tot een geïntegreerd aanbod van verslavingszorg en pedagogische zorg.
Een specifieke aanpak voor een specifieke populatie.

De Tipi richt zich tot:
- Zwangere vrouwen (*:15 tot 40 jaar)
  De gevolgen van het druggebruik op de ongeboren baby kunnen in deze fase medisch opgevangen worden.
- Vrouwen (*) die zich samen met hun kinderen aanmelden voor een opname en dus "samen" het programma starten.
- Vrouwen (*) die reeds in de therapeutische gemeenschap verblijven en pas op een later tijdstip hun kinderen bij zich (kunnen) krijgen.

M.a.w. bewoonsters kunnen binnen elke fase van het therapeutisch programma de stap zetten naar de Tipi. Dus zowel tijdens het onthaalprogramma, tijdens het therapeutisch programma als in het tussenhuis.

Een belangrijke voorwaarde tot opname blijft dat de moeder gemotiveerd is om iets aan haar verslaving te doen.

1.2 Krachtlijnen in de begeleiding van de moeder

De krachtlijnen voor de zorg van de moeder in de Tipi die aan de basis liggen van onderstaande werkwijze, kunnen we als volgt samenvatten:

- Een veilige en drugvrije leefomgeving voor de moeder als uitgangspunt.
- Het respecteren, stimuleren en verstevigen van de verantwoordelijkheid van de moeder over haar kind: betrokkenheid op afstand i.p.v. serviceverlening.
- Fundamentele aanvaarding van de moeder in haar moederrol: geen schuldinductie of veroordeling, wél positieve bekrachtiging en realiteitsconfrontatie.
- Zorg voor orde en regelmaat in de leefwereld van de moeder: een duidelijke planning.
- Zorg voor structuur en gedragsregels voor de moeder: een duidelijk kader.
- Regelmatige observatie van de moeder in de opvoeding van haar kind.
- Regelmatig overleg en handelingsplanning met de moeder over de opvoeding van haar kind.
- Regelmatig overleg en handelingsplanning op stafniveau.
- Regelmatig overleg en handelingsplanning met externe instanties en hulpverleners.
- Het respecteren van de loyaliteit van de moeder tegenover haar ouders en haar kind en van de contacten binnen het eigen familienetwerk.

1.3 Werkwijze

1.3.1 Aanmelding en introductie

Vergelijkbaar met een gewone opname gaan er verschillende introductiegesprekken vooraf. Wanneer echter een vrouw zich onverwachts samen met haar kinderen aanmeldt, kunnen we rekenen op de crisisopvang van het vluchthuis te Gent, het opvangcentrum "De Schelp" te Gent, het opvangcentrum "Emmaeus" te Gent, "Niemandsland" te Aalst of "De Poort" te Dendermonde. Deze vijf centra zijn bereid vrouw en kinderen op te nemen. Van daaruit kan de vrouw introductie lopen in 'De Kiem'.
Wij opteren binnen de T.G. zelf niet aan crisisopname te doen. Zowel voor de vrouw als voor de kinderen is het belangrijk dat de keuze tot opname binnen een T.G., een weloverwogen beslissing is. De intensiteit en de duur van het programma, maar ook de gevolgen voor het kind moeten vooraf uitvoerig besproken worden.

Gedurende de introductieperiode (of uiterlijk tijdens het onthaalprogramma) wordt een bezoek aan de Tipi gepland, zodat de moeder zich kan informeren over de werking aldaar. Gedurende dit eerste bezoek kan er door de begeleiding een eerste observatie van de moeder en haar kind gebeuren en wordt er al dan niet een korte anamnese betreffende het kind en de moeder afgenomen.

1.3.2 Onthaalprogramma moeder

Na een introductieperiode van een week à 14 dagen start de vrouw in het onthaalprogramma van De Kiem. Waar mogelijk wordt ernaar gestreefd om de opname van het kind een tijdje uit te stellen. Dit moet de moeder toelaten om een snelle overgang naar de therapeutische gemeenschap (T.G.) te maken. Waar een verblijf in het onthaal normaal een zestal weken duurt, zal dit voor een moeder slechts twee weken bedragen. Gedurende het onthaalprogramma, tot de komst van het kind wordt voorzien dat de moeder haar kind regelmatig kan bezoeken. Daarnaast kan ook hier nog de specifieke anamnese betreffende kind en moeder worden afgenomen of vervolledigd.

Toch blijven verschillende scenario's voor introductie, onthaal en opname in de T.G. mogelijk en zal elke aanvraag tot opname een gepaste oplossing vereisen. Zo zal bij een pasgeboren baby het 'zwangerschapsverlof' gerespecteerd worden en verblijven moeder en kind in die periode permanent in de Tipi of in het onthaalprogramma.

1.3.3 Opname in de TG en voorbereiding komst kind

Eenmaal de moeder is opgenomen in de T.G. ligt het accent op het zich aanpassen aan de bewonersgroep en de gewoontes van de leefgemeenschap. Deze aanpassing is heel belangrijk daar zij een eerste basis en veiligheid voor de moeder moet vormen.

Tevens geeft dit aan de begeleiding de tijd om samen met de moeder de komst van het kind voor te bereiden. Dit omvat een hele reeks taken als het zoeken en bezoeken van een onthaalmoeder, het bezoeken van de school, het regelen van de verhuis van allerlei eigen spullen naar de Tipi, het inrichten van de eigen leefruimte…

Binnen het onthaalprogramma formuleert iedere bewoner waarom hij naar De Kiem is gekomen en welke werkpunten hij voor zichzelf ziet binnen (de eerste fase van) de therapeutische gemeenschap. Daarenboven zal aan een nieuwe Tipi-moeder gevraagd

waarom zij naar de Tipi wil gaan, wat zij van de begeleiding verwacht en welke werkpunten zij voor zichzelf ziet betreffende de opvoeding van haar kind.

1.3.4 Observatie gedrag en houding moeder

Eenmaal het kind naar de Tipi komt, wordt voldoende tijd voorzien voor moeder en kind om zich samen aan de nieuwe leefsituatie aan te passen. Normaal gezien schakelen beiden na ongeveer een week over op hun nieuwe levensritme: de moeder gaat overdag naar de therapeutische gemeenschap; het kind gaat naar de onthaalmoeder of naar school, en 's avonds, op woensdagnamiddag en in de weekends zorgt de moeder zelf voor haar kind.
Bij iedere nieuwe opname in de Tipi wordt de moeder bij aanvang van dichtbij geobserveerd in hoe ze de zorg voor haar kind opneemt. Hiertoe werd een observatieschema ontwikkeld dat de verschillende zorggebieden voor de moeder en de noden van het kind omvat (zie bijlage 3). Doel van deze observatie is om een zicht te krijgen op de vaardigheden en attitude van de moeder, alsook om te waarborgen dat de basiszorg voor het kind verzekerd is. Op basis van deze observaties zal de begeleiding in de Tipi zich een beeld kunnen vormen van waar er opvoedingsondersteuning of zelfs controle noodzakelijk zal zijn.

1.3.5 Handelingsplanning

Binnen de therapeutische gemeenschap wordt van alle bewoners verwacht dat zij zichzelf op regelmatige tijdstippen evalueren. Daartoe maken zij om de twee maand een handelingsplan op, waarbij zij zichzelf op verschillende vlakken evalueren en werkpunten formuleren voor de komende periode. Ook de moeders die in de Tipi verblijven maken regelmatig een dergelijk (algemeen) handelingsplan op. Van hen wordt echter verwacht dat zij evenzeer op regelmatige basis stilstaan bij de opvoeding van hun kind en ook op dat vlak werkpunten voor zichzelf formuleren. Daarom werd er parallel aan de algemene 'handleiding voor het opstellen van een handelingsplan', een specifieke 'handleiding voor handelingsplanning in de Tipi' ontwikkeld. Deze handleiding verplicht de moeder na te denken over de verschillende facetten van de opvoeding van haar kind en de daarin te nemen acties.

Ongeveer een maand na de komst van haar kind wordt van de moeder verwacht dat zij haar (in het onthaalprogramma geformuleerde) werkpunten betreffende de opvoeding van haar kind toetst aan een aantal basisvoorwaarden: lichamelijke verzorging, gezondheid, voeding, hygiëne, veiligheid en structuur. Pas bij overgang naar de tweede fase (na 2 à 3 maand) zal de volledige handelingsplanning gebruikt worden bij het formuleren van nieuwe werkpunten.

Vele moeders kampen met een sterk schuldgevoel of zijn zich in het begin niet echt bewust van hun attitude als moeder en de noden van hun kind. Vanuit de krachtlijn dat een moeder zich in de Tipi veilig moet kunnen voelen en zich niet beoordeeld of veroordeeld moet voelen, wordt er bewust 'stapsgewijs' gewerkt naar een ruime handelingsplanning toe.

Eenmaal de moeder zich in haar tweede fase bevindt zal zij zichzelf tweemaandelijks evalueren wat een regelmatige bijsturing en actualisering van het handelingsplan moet garanderen.

1.3.6 Begeleiding van de moeder

De stafbegeleiding zal zich op dezelfde handelingsplanning(srubrieken) baseren om via regelmatige observatie een volledig beeld te krijgen op moeder en kind en om van daaruit een stafstrategie uit te stippelen. Deze stafstrategie wordt om de 2 à 3 maand geëvalueerd en bijgestuurd.

1) Pedagogische begeleiding

De handelingsplanning vormt voor bewoners en staf een referentiekader voor de noodzakelijke pedagogische bijsturingen en opvoedingsondersteuning. Deze gebeuren vooral in de schoot van de wekelijkse Tipi-groep, waar ook het samenlevingsaspect ('hoe gaan we met elkaar om') en de woonbegeleiding (‘hoe ligt de taakverdeling, is het werk dat we doen kwalitatief goed, hoe plannen we onze dingen…) aan bod komen.
Naast de Tipi-groep kunnen bepaalde pedagogische thema’s uitgebreider aan bod komen in specifieke themavoormiddagen (waarop ook andere vaders en moeders uit het programma kunnen worden uitgenodigd). Voor de themagebonden onderwerpen kan ook beroep gedaan worden op externe deskundigen. Zo bestaat de mogelijkheid tot samenwerking met de sociaal verpleegkundigen van Kind en Gezin uit de streek. Bij jonge kinderen kan dit gaan om concrete hulp en informatie bij de verzorging. Bij oudere kinderen kan dit een informatieve begeleiding rond een welbepaald onderwerp inhouden.
Andere onderwerpen kunnen besproken worden aan de hand van video of lectuur.

De stafbegeleiders van de Tipi en van de T.G. vormen één team, zodat een goede dialoog en afstemming tussen beide programma’s gewaarborgd is.

Naast deze opvoedingsgroepen omvat het pedagogisch aanbod ook gezinsbegeleiding en maatschappelijk werk.

2) Familienetwerk en familiewerking

De familiewerking in functie van de Tipi leunt dicht aan bij de bestaande familiewerking.
De bestaande familiewerking van de huidige T.G. wordt uitgebreid naar de vaders van de kinderen, in de mate dat die bereikbaar zijn. Zoniet wordt er toch gewerkt met de moeders rond het belang van de vaderfiguur en de invulling die de moeders hiervoor aan hun kinderen kunnen bieden. Wanneer de relatie met de partner conflictueus ligt, wordt samen met de moeder gekeken hoe de belangen van het kind het beste kunnen gewaarborgd worden.
De grootouders zijn reeds in de familiewerking betrokken in functie van hun kind. Het kleinkind kan in deze gesprekken een rol spelen. Binnen de Tipi hebben grootouders de mogelijkheid hun kleinkinderen te bezoeken. Ook voor hulp met praktische zaken kan indien mogelijk op hen beroep gedaan worden door de moeder.

3) Maatschappelijk werk

De begeleiding van de sociale administratie kadert binnen de begeleiding die iedere bewoner van de onthaalgroep of de T.G. krijgt. De maatschappelijk werkster kan echter extra langskomen wanneer betrokkene zich niet in één van deze groepen bevindt (bijvoorbeeld bij bevalling of de periode vóór het kind komt inwonen).
Binnen de begeleiding zullen er in functie van het kind extra aandachtspunten zijn: bijvoorbeeld kinderbijslag, verzekerbaarheid van het kind, extra kosten, juridische rechten en plichten van de ouders t.o.v. het kind …
De moeder wordt net zoals andere bewoners binnen het programma begeleid. Maar het is zijzelf die de verrichtingen zal moeten doen. Enkel zo kan ze zich volledig verantwoordelijk voelen voor haar eigen administratieve situatie en die van haar kind.

1.4 Eindpunt en doel van de begeleiding – Nazorg

De Tipi werd opgericht vanuit de betrachting dat zou kunnen voorkomen worden dat er omwille van de verslavingsproblematiek van de moeder een breuk komt tussen moeder en kind. De primaire doelstelling is dan ook dat de moeder, mits ondersteuning, zelf de zorg kan blijven dragen voor haar kind terwijl ze haar verslavingsprobleem aanpakt. Hierbij trachten we moeder en kind op weg te helpen om op een bevredigende wijze samen te leven.
Daarnaast trachten we iedere moeder een ruimere kijk te bieden op de opvoeding van haar kind, wat de kwaliteit van de opvoeding moet ten goede komen. Doorheen het programma zullen gevoelens van schuld en mislukking moeten plaats ruimen voor gevoelens van zelfvertrouwen en hoop.

Na een voltooid verblijf in de Tipi en de T.G. kunnen moeder en kind terecht in een aangepast halfweghuis. Hier bouwt de moeder stilaan haar eigen leven uit en wordt zij begeleid in haar daadwerkelijke integratie in de samenleving. Daarnaast kan de moeder blijven beroep doen op de pedagogische begeleiding vanuit de Tipi en worden er contacten uitgebouwd met externe diensten die een verdere ondersteuning kunnen waarborgen tijdens en na het halfweghuisverblijf. Ook na het halfweghuis blijft een nazorg, op meer informele basis, mogelijk.

1.5 Samenwerking met andere instanties

Reeds van bij de introductiegesprekken wordt een samenwerking uitgebouwd met personen en instanties die dan al betrokken zijn bij de begeleiding van de moeder en haar kind. Tijdens het programma zal dit ondersteunend netwerk verder uitgebouwd worden. Dergelijk netwerk zal de daadwerkelijke reïntegratie van moeder en kind moeten ondersteunen en kan mee een waarborg vormen voor het blijvend vermijden van een breuk tussen moeder en kind.

Zo kan een samenwerking groeien met:

- de bemiddelingscommissie bijzonder jeugdbijstand
- het comité bijzondere jeugdzorg
- een consultatiebureau voor het jonge kind
- een kinderdagverblijf of peutertuin (kribbe)
- kinderopvangcentra (CKG)
- de dienst private gezinsplaatsing
- jeugdrechtbanken
- onthaalmoeders uit de streek
- kleuterscholen uit de streek
- de kinderarts, logopedist, speltherapeut,…
- een oudervereniging of zelfhulpgroep
- het O.C.M.W.
- Kind en Gezin.

Tijdens het programma zal ook beroep worden gedaan op externe sprekers vanuit deze instanties.

2. Pedagogisch concept

2.1 Doelgroep

De Tipi is ontstaan vanuit de ervaring dat verslaafde vrouwen voor een residentiële behandeling nergens terechtkunnen samen met hun kind(eren). Zij staan steeds voor het dilemma om zelf in behandeling te gaan en hun kind toe te vertrouwen aan derden of om zelf verder voor hun kind te zorgen en hun eigen nood te verwaarlozen. Doorgaans kiezen zij aanvankelijk voor de zorg van hun kind. Dit leidt echter op termijn tot een ontsporing van de verslavingsproblematiek en uiteindelijk tot gerechtelijke tussenkomsten en een (definitieve) breuk tussen moeder en kind.

Met de oprichting van de Tipi was het de bedoeling deze uiteindelijke breuk te kunnen voorkomen in het belang van het kind en van de moeder. Wij richten ons hierbij tot moeders met kinderen van 0 tot 6 jaar. M.a.w. kinderen die nog niet moeten voldoen aan de leerplicht.

Tot deze leeftijd zien we het kind flexibel genoeg om zich aan te passen, samen met de moeder, aan deze nieuwe levensomstandigheden. Tot deze leeftijd zien we het haalbaar de noden van het jonge kind in te vullen. Eens ouder wordt een kind meer eisend en is het niet altijd relevant de leefwereld van het kind aan te passen in functie van de opname van de moeder.

2.2 Krachtlijnen in de zorg voor het kind

De krachtlijnen voor de zorg van het kind die aan de basis liggen van onderstaande werkwijze, kunnen we als volgt samenvatten:

- Een veilige en drugvrije leefomgeving voor het kind als uitgangspunt.
- Het waarborgen van de zorg voor de basisnoden van het kind.
- Fundamentele aanvaarding van het kind in zijn eigenheid en noden.
- Zorg voor orde en regelmaat in de leefwereld van het kind.
- Zorg voor structuur en gedragsregels voor het kind.
- Regelmatige observatie van het kind en zijn ontwikkeling.
- Regelmatig overleg en handelingsplanning met de moeder over de opvoeding van het kind.
- Regelmatig overleg en handelingsplanning op stafniveau over de opvoeding van het kind.
- Regelmatig overleg en handelingsplanning met externe instanties en hulpverleners over de opvoeding van het kind.
- Het respecteren van de loyaliteit van het kind tegenover zijn beide ouders en van de contacten binnen het eigen familienetwerk.

2.3 Werkwijze

2.3.1 Aanmelding en introductie

Gedurende de introductieperiode (of uiterlijk tijdens het onthaalprogramma) wordt een bezoek aan de Tipi gepland, zodat de moeder zich kan informeren over de werking aldaar. We dringen er hierbij op aan dat de moeder haar kind meebrengt bij dit bezoek. Dit moet ons toelaten een eerste observatie van het kind te doen. Daarnaast wordt er al dan niet een korte anamnese betreffende het kind en de moeder afgenomen (zie bijlage 1 en 2).

Gedurende de introductieperiode wordt bij de verwijzer en bij de moeder navraag gedaan naar vroegere opnames, diagnosestellingen, begeleiding vanuit het C.B.J. … om aldus meer informatie betreffende het kind te kunnen verzamelen en andere partners in de begeleiding van moeder en kind te kunnen raadplegen.

2.3.2 Opvang kind tijdens onthaalprogramma moeder

Waar mogelijk wordt ernaar gestreefd om de opname van het kind een tijdje uit te stellen bij opname van de moeder in het onthaalprogramma (zie agogisch concept). Ook in functie van het kind kan het belangrijk zijn dat het in zijn oorspronkelijke woonsituatie blijft en dat het pas later bij de moeder komt inwonen.

Bij voorkeur wordt er dan beroep gedaan op het eigen familienetwerk van de moeder om het kind tijdelijk (verder) op te vangen. De opname in de leefgemeenschap gebeurt versneld, om de periode dat moeder en kind gescheiden worden zo kort mogelijk te houden. Gedurende het onthaalprogramma, tot de komst van het kind wordt voorzien dat het kind zijn moeder regelmatig op bezoek kan krijgen en dat er een duidelijk perspectief is naar hereniging van beiden. Wanneer er geen eigen netwerk kan ingeschakeld worden kunnen we beroep doen op een samenwerking met de Dienst voor Private Gezinsplaatsing te Gent die dan een tijdelijk pleeggezin zal zoeken. Ook met enkele C.K.G.'s werden er contacten gelegd.

Toch blijven verschillende scenario's voor introductie, onthaal en opname in de T.G. mogelijk en zal elke aanvraag tot opname een gepaste oplossing vereisen. Zo zal bij een pasgeboren baby het 'zwangerschapsverlof' gerespecteerd worden en verblijven moeder en kind in die periode permanent samen in de Tipi of in het onthaalprogramma.

2.3.3 Komst van het kind in de Tipi

Voor de komst van het kind wordt aan de moeder duidelijk gemaakt dat een impulsieve fugue uit het programma tegen het belang van het kind is en wordt afgesproken dat wanneer de moeder het programma zou willen verlaten, zij in een 'time-out' terechtkomt, waarbinnen rust wordt gecreëerd om samen met de moeder te bepalen wat in dat geval de beste oplossing voor het kind is. Tevens wordt voor de komst van het kind afgesproken met de moeder wat er met het kind zal gebeuren wanneer zij impulsief het programma zou verlaten zonder haar kind (een specifiek protocol bij overtreding basisregels of programmaverlaters werd daartoe uitgewerkt). Ook hier geven we er de voorkeur aan dat het eigen familienetwerk (vader, grootouders,…) kan worden ingeschakeld. Wanneer er reeds beroep werd gedaan op een pleeggezin (of C.K.G.) voor tijdelijke opvang, kunnen deze mogelijks opnieuw worden ingeschakeld in een dergelijke acute probleemsituatie.

Wanneer er zich tijdens het programma, vanwege overtreding van bepaalde basisregels door de moeder, een terugplaatsing naar een ander programmaonderdeel opdringt, blijft de moeder de nodige modaliteiten behouden om zelf de zorg voor haar kind(eren) in de Tipi te blijven continueren. Tevens werd een protocol uitgewerkt over de te nemen acties wanneer het kind tijdens of na het programma reëel gevaar loopt.

Mocht er vanuit voorafgaandelijke informatie en observatie een ernstig vermoeden van (gedrags- of medische) problemen bij het kind zijn, dan kan er geopteerd worden voor een testing en diagnosestelling van het kind voor de komst naar de Tipi. Dit om uit te maken of een opname van het kind in de Tipi mogelijk en raadzaam is, of welke alternatieven zich opdringen in het belang van het kind.

Eenmaal het kind naar de Tipi komt, wordt voldoende tijd voorzien voor moeder en kind om zich samen aan de nieuwe leefsituatie aan te passen. Het is een periode waarin het kind zijn nieuwe thuis leert kennen, went aan het speelgoed, de nieuwe slaapkamer en leefruimte, eventuele andere inwonende kinderen en moeders. Normaal gezien schakelen beiden na ongeveer een week over op hun nieuwe levensritme. Zoals eerder aangehaald wordt voor jonge moeders het zwangerschaps- en bevallingsverlof gerespecteerd. Eens dit verstreken is, wordt uitgekeken naar een onthaalmoeder van de streek.
Een kind dat ouder is dan 2,5 jaar en schoolrijp, kan vanaf het volgend trimester naar de kleuterschool.
Wanneer de kinderen naar school zijn of naar de onthaalmoeder, neemt de moeder deel aan de activiteiten van de therapeutische gemeenschap. Het is evident dat deze activiteiten kunnen gestaakt worden in functie van het kind b.v. doktersbezoek, ontmoetingsdag op school enz. Wanneer het kind ziek is, kan geopteerd worden voor de zorg van een kinderverzorgster van de mutualiteit, een bewoner van het tussenhuis, een grootouder of de moeder zelf die thuis blijft.

2.3.4 Observatie gedrag en houding van het kind

Bij iedere nieuwe opname in de Tipi wordt het kind bij aanvang van dichtbij geobserveerd in hoe het zich aan zijn nieuwe leefsituatie aanpast. Hiertoe werd een observatieschema ontwikkeld dat de verschillende ontwikkelingsgebieden van het kind en de zorgtaken voor de moeder omvat. Doel van deze observatie is om te waarborgen dat de basiszorg voor het kind verzekerd is en om een zicht te krijgen op de vaardigheden en attitudes bij de moeder daartoe. Op basis van deze observaties zal de begeleiding in de Tipi zich een beeld kunnen vormen van waar er opvoedingsondersteuning of zelfs controle noodzakelijk zal zijn. Mogelijks kan deze observatie ook leiden tot een (interne) basis-testing of een verdere externe diagnose van het kind op bepaalde vlakken en het plannen van therapeutische interventies naar het kind toe.

2.3.5 Handelingsplanning

Voor de moeders en kinderen die in de Tipi verblijven werd er een specifieke 'handleiding voor handelingsplanning' ontwikkeld. Deze handelingsplanning omvat de verschillende ontwikkelingsgebieden van het kind, alsook de opvoedingstaken van de moeder. Het ontwikkelen van een handelingsplan (of ondersteuningplan) verplicht de moeder en de begeleiding om op geregelde tijdstippen na te denken over de verschillende facetten van de opvoeding van het kind en de daarin te nemen acties door alle betrokken partijen. Om de twee à drie maand wordt het handelingsplan door de moeder en op stafniveau geëvalueerd en geactualiseerd. Hieraan gaat steeds een observatie van stafzijde vooraf. Daarnaast zijn er geregelde contacten met de andere partijen die in de opvoeding van het kind betrokken zijn: de onthaalmoeder, de school, de grootouders, de vader, de logopediste,...
Bij eventuele specifieke noden van het kind (medische zorgen - traumatische ervaringen,...) kan samengewerkt worden met bestaande diensten.

2.3.6 Begeleiding van het kind

1) Pedagogische begeleiding

Essentieel is dat de moeder verantwoordelijk is en blijft voor haar kind. Uiteraard wordt zij daarin bijgestaan, bijvoorbeeld via de wekelijkse Tipi-groep. Een groep georganiseerd en begeleid door een staflid. Deze groep biedt opvoedkundige informatie afgesteld op de nood van de inwonende kinderen. De thema's kunnen variëren b.v. 'slaapstoornissen bij kinderen' - 'voeding' - 'zindelijkheid' - 'spelen met kinderen' - 'kinderziekten en vaccinaties' - 'verzorging' - 'babysit zoeken' - 'wat als kinderen blijven huilen' enz.
Ook interne conflicten rond opvoeding staan in deze groep ter discussie, b.v. ik verbied mijn kind met de schoenen in de zetel te kruipen, jouw kind mag dit wel ...

Binnen de begeleiding van het kind zal het heel belangrijk zijn dat het kind terug kind kan zijn. Reeds vanaf jonge leeftijd krijgt een kind mechanismen en handelingen aangeleerd.
Onbewust spelen kinderen soms allerhande rollen b.v. het beschermen van de moeder, taken overnemen, liegen, beslissingen nemen, partnerrol innemen. Op die manier blokkeert een kind in zijn persoonlijk leven; het kind moet terug 'kind' leren zijn. M.a.w. het kind moet vrij zijn van opgelegde rollen en in de mogelijkheid komen zijn wensen, verlangens en gevoelens te uiten.
We opteren voor een apart huis omdat dit de intieme sfeer tussen moeder en kind stimuleert.
Het kind moet in dit huis zijn eigen plaats hebben en in de mogelijkheid verkeren zijn vriendjes te ontvangen.
Het opbouwen van rituelen helpt het kind zich te oriënteren en zijn eigen ritme te ontwikkelen. Het moet leren tederheid en warmte te ontvangen zonder daar een prijs voor te moeten betalen.
Zodanig kan het leren begrijpen dat regels, straf en kritiek geen afwijzing van hem/haar betekenen.

2) Familienetwerk en familiewerking

De bestaande familiewerking van de therapeutische gemeenschap wordt uitgebreid naar de vaders van de kinderen.

In alle geval moet er respect opgebracht worden voor de loyaliteit van het kind naar de vader toe en zullen we trachten te vermijden dat het kind zou vervreemden van zijn eigen familie omwille van de opname van de moeder.

Dit betekent dat het kind regelmatig zijn vader op bezoek kan krijgen of op bezoek of weekends kan gaan (tenzij hiervoor gerechtelijke bezwaren zijn). Indien de vader verslaafd is gebeurt het bezoek aan zijn kind onder constante stafbegeleiding en in een veilige ruimte. Indien de vader niet bereikbaar is wordt er toch gewerkt met de moeders rond het belang van de vaderfiguur en de invulling die de moeders hiervoor aan hun kinderen kunnen bieden.

Daarnaast zal ook ieder kind een regelmatig contact met de grootouders kunnen onderhouden. Ook voor hulp met praktische zaken kan indien mogelijk op hen beroep gedaan worden. Tenslotte kunnen zij ook ingeschakeld worden wanneer er zich een acute crisissituatie met de moeder voordoet (zie komst van het kind in de Tipi).

3) Maatschappelijk werk

Binnen de begeleiding zullen er in functie van het kind extra aandachtspunten zijn: bijvoorbeeld kinderbijslag, verzekerbaarheid van het kind, extra kosten, juridische rechten en plichten van de ouders t.o.v. het kind …

2.4 Eindpunt en doel van de begeleiding – Nazorg

De Tipi werd opgericht vanuit de betrachting dat zou kunnen voorkomen worden dat er omwille van de verslavingsproblematiek van de moeder een breuk komt tussen kind en moeder. De primaire doelstelling is dan ook dat het niet hoeft te komen tot een gedwongen plaatsing van het kind en dat het kind kan opgevoed worden door zijn moeder, mits ondersteuning, terwijl deze haar verslavingsprobleem aanpakt. Hierbij trachten we kind en moeder op weg te helpen om op een bevredigende wijze samen te leven.

Daarnaast trachten we door begeleiding van de moeder de verzorging en opvoeding van het kind op een hoger niveau te brengen en de ontwikkeling van het kind op verschillende vlakken te bevorderen. Doorheen het programma zullen gevoelens van verwarring en wantrouwen bij het kind moeten plaatsmaken voor gevoelens van veiligheid en vertrouwen.

Na een voltooid verblijf in de Tipi en de T.G. kan iedere moeder terecht in een halfweghuis dat voldoende is aangepast aan de noden van kinderen. Deze overstap wordt tijdig (door de moeder) voorbereid door het zoeken van een onthaalmoeder en school in de buurt. Hier blijft observatie van het kind belangrijk en kan de moeder blijven beroep doen op de pedagogische begeleiding vanuit de Tipi. Tevens worden er contacten uitgebouwd met externe diensten die een verdere ondersteuning in de opvoeding van het kind kunnen waarborgen tijdens en na het halfweghuisverblijf. Ook na het halfweghuis blijft een verdere ondersteuning vanuit De Kiem, op meer informele basis, mogelijk.

2.5 Samenwerking met andere instanties

Reeds van bij de introductiegesprekken wordt een samenwerking uitgebouwd met personen en instanties die dan al betrokken zijn bij de begeleiding van het kind en de moeder of bij diagnosestelling betreffende het kind. Tijdens de opname van de moeder in het onthaalprogramma kan er samengewerkt worden met andere instanties om een tijdelijke opvang voor het kind te organiseren. Daarnaast kan doorheen het programma een beroep gedaan worden op externe personen voor een uitgebreide diagnosestelling omtrent het kind of voor een therapeutische begeleiding van het kind. Het uitbouwen van een netwerk door samenwerking zal de daadwerkelijke reïntegratie van kind en moeder moeten ondersteunen en kan mee een waarborg vormen voor het blijvend vermijden van een breuk tussen kind en moeder. Wanneer het toch tot een breuk komt met het kind, doordat de moeder impulsief het programma verlaat zonder haar kind, kan op hetzelfde netwerk beroep gedaan worden voor een acute en hopelijk tijdelijke opvang van het kind.

Binnen het agogisch concept gaven we reeds een beeld van de instanties en personen waarmee kan worden samengewerkt.

BIJLAGE 2: OPNAME-OVEREENKOMST

Onderstaande overeenkomst met De Kiem bepaalt het kader/ de afspraken betreffende het verblijf van je kind(eren) in de Tipi. Mocht je vragen hebben bij deze afspraken, stel ze dan eerst alvorens de overeenkomst te tekenen.

Ondergetekende…………………………………, geboren te……………..……………
op ..……………..……….

start een programma in de therapeutische gemeenschap van ‘De Kiem’ en in de Tipi.

Ik ben vergezeld van mijn kind(eren):

naam:………………………………………..,
geboren te …………………………….………
op………….…………...

naam:………………………………………..,
geboren te …………………………….………
op………….…….…...

naam:………………………………………..,
geboren te ……………………………………
op……………………….

o Ik heb de wettelijke vader van mijn kind(eren) verwittigd van onze opname in de Tipi*
o Ik wil de wettelijke vader van mijn kind(eren) momenteel nog niet verwittigen van onze opname in de Tipi*
o Ik heb de wettelijke vader van mijn kind(eren) niet kunnen verwittigen, daar hij niet bereikbaar is *
o Andere: …………………………………………………………………………………….

Ik heb de externe diensten die reeds betrokken zijn bij de begeleiding van mezelf of mijn kind(eren) (het Comité of de Commissie voor Bijzondere jeugdzorg, jeugdrechtbank, probatie) verwittigd van onze opname.

Gedurende mijn verblijf in de Kiem blijf ik verantwoordelijk voor de eventuele schade die door mijn kind(eren) wordt aangericht. Als ik aan een activiteit wil deelnemen zonder mijn kind(eren) moet ik de nodige maatregelen treffen om het toezicht op mijn kind(eren) te waarborgen.

Ik heb een familiale verzekering afgesloten bij
…………………………………….…………………………………*

Om het welzijn van mijn kind(eren) te verzekeren verbind ik mij er toe niet met hem/haar/hen over wegloopgedachten of -plannen te praten.

Bij een vertrek uit de Tipi, of het nu vrijwillig is of als gevolg van een uitsluiting of hospitalisatie, verbind ik mij ertoe om een externe opvangpersoon te verwittigen. In de veronderstelling dat ik zou vertrekken zonder mijn kind(eren), weet ik dat De Kiem alle noodzakelijk geachte maatregelen zal nemen, eventueel met inbegrip van het inschakelen van het Comité of de Commissie voor Bijzondere Jeugdzorg.

Ik wens als externe opvangpersoon voor mijn kind(eren):

Naam:..………………………………tel.nr.:………………
Relatie tot de moeder:…………………….….…….
Relatie tot het kind :…………………:………………
Adres …………………………………………………………..

Bij een vertrek uit de Tipi, of het nu vrijwillig is of als gevolg van een uitsluiting, verbind ik me ertoe om de Tipi niet te verlaten zonder de wettelijke vader van mijn kind(eren) te verwittigen van mijn vertrek, tenzij hij niet bereikbaar is, alsook de externe diensten die reeds betrokken zijn bij de opvolging van mezelf of mijn kind(eren) (C.B.J., probatie, advocaat…). Zoniet zal De Kiem deze diensten zelf verwittigen.

Ik weet dat er bij een vertrek uit de Tipi een 'time out'-periode zal worden ingeschakeld, die mij moet toelaten alle nodige schikkingen te treffen en mijn kind(eren) en ook de andere kinderen in de Tipi hierop voor te bereiden.

Datum en handtekening:

De bewoner De externe opvangpersoon De Kiem

(* Aankruisen of omcirkelen wat past en eventueel specificeren per kind)
(* De wettelijke vader draagt de naam van het kind of werd door de moeder als wettelijke vader erkend)

BIJLAGE 3: CHECKLIST VAN SPULLEN VOOR HET KIND

Deze checklist werd samengesteld op basis van literatuur en van de ervaringen in de Tipi en in andere centra. Deze lijst geeft een opsomming van een aantal noodzakelijke elementen; wellicht ontbreken er dus nog heel wat elementen.

- Alles voor voeding van de baby:
  - papfles
  - babyvoeding/melkpoeder
  - flessenverwarmer en -sterilisator
  - steunkussen

- Alles voor een gezonde voeding voor kinderen van diverse leeftijden

- Alles voor de verzorging van de baby:
  - Verzorgingskussen en –producten
  - pampers
  - babybad

- Alles voor de verzorging van het jonge kind:
  - bad, badspeeltjes
  - aangepaste zepen

- Andere:
  - kinderbedjes; kleine en grotere bedden; aangepaste lakens en dekens
  - babyfoon
  - fopspeen
  - kledij voor diverse leeftijden
  - park, kinderwagen, buggy, eetstoel, maxikozi/ autostoel, fietsstoel.

- Alles voor de gezondheid van baby, peuter en kleuter:
  - thermometer
  - medicatie voor eventuele kinderziektes
  - vaccinatiekaart

- Andere:
  - er dient diverse spelmateriaal en speelgoed aanwezig te zijn dat aangepast is aan de verschillende ontwikkelingsleeftijden en –mogelijkheden van elk kind.
  - diverse kinderfietsen
  - gezelschapsspelen, leesboeken, een kinderklok
  - papier en allerlei kleur-, teken- en schrijfgerief, knutselmateriaal
  - speeltuigen in de tuin (bijvoorbeeld schommel, glijbaan, zandbak),…
  - dag- en weekschema
  - mogelijkheden om allerhande gemaakte werkjes uit te hangen
  - kussens, zetels, leuke kasten, planten
  - kleuren in de inrichting
  - huisdieren?

BIJLAGE 4: EEN WEEKSCHEMA VAN DE TIPI

	Maandag	Dinsdag	Woensdag	Donderdag	Vrijdag
VM	07.00: opstaan 07.10: hygiëne 07.20: ontbijt 08.15: naar onthaalmoeder/school 08.35: naar TG taken 1 maal per maand: vrouwendag 12u30: eten	07.00: opstaan 07.10: hygiëne 07.20: ontbijt 08.15: naar onthaalmoeder/school 08.35: naar TG: taken Tipikuis 12u30: eten	07.00: opstaan 07.10: hygiëne 07.20: ontbijt 08.15: naar onthaalmoeder/school 08.35: naar TG: Leergroep of emotionele groep 11.45: afronden in TG 12.00: naar school/onthaalmoeder 12.15: eten	07.00: opstaan 07.10: hygiëne 07.20: ontbijt 08.15: naar onthaalmoeder/school 08.35: naar TG: Seminarie Tipigroep 12u30: eten	07.00:opstaan 07.10: hygiëne 07.20: ontbijt 08.15: naar onthaalmoeder/school 08.35: naar TG: encounter 12u30: eten
NM	14u: encounter 16.30: afronden in TG 17.00: naar school/onthaalmoeder 17.15: in Tipi 17.20: eten 18.00: afwas 18.30: bad	14u: vrouwengroep/vrouwensport 16.30: afronden in TG 17.00: naar school/onthaalmoeder 17.15: in Tipi 17.20: eten 18.00: afwas 18.30: bad	12.45: afwas/kuisen 13.00: spelen 14.15: activiteit moeder/kind 17.15: eten 18.00: afwas 18.30: bad	14u: buitenprojecten of groep/sport/zelfreflectiegroep 16.30: afronden in TG 17.00: naar school/onthaalmoeder 17.15: in Tipi 17.20: eten 18.00: afwas 18.30: bad	14u: taalles/peer-groepen/terugvalpreventie 16.30: afronden in TG 17.00: naar school/onthaalmoeder 17.15: in Tipi 17.20: eten 18.00: afwas 18.30: bad
AV	19.00: verhaaltje 19.15: slapen kind 19.30: persoonlijk werk 20.00: TV-nieuws 20.30: naar TG/ouderavond 22.45: naar Tipi 23.00: slapen	19.00: verhaaltje 19.15: slapen kind 20.00: TV-nieuws 20.30: financiële map - telefoonavond 22.30: slapen	19.00: verhaaltje 19.15: slapen kind 20.00: TV-nieuws 20.30: opmaken weekschema - telefoonavond 22.30: slapen	19.00: verhaaltje 19.15: slapen kind 19.30: persoonlijk werk 20.00: TV-nieuws 20.30: naar TG 22.45: naar Tipi 23.00: slapen	19.00: verhaaltje 19.15: slapen kind 19.30 persoonlijk werk 20.00: TV-nieuws 20.30: hobbyavond 22.45: naar Tipi 23.00: slapen

BIJLAGE 5: OBSERVATIELIJSTEN

5.1 Eerste contact met ouder en kind

5.1.1 Vragenlijst bij eerste contact kind en moeder (Tipi)
5.1.2 Observatielijst bij eerste contact met kind en moeder (Tipi)

5.2 Observaties kind

5.2.1 Anamnestische fiche Tipi-kind (Tipi)
5.2.2 Problemenlijst De Woezel (kinderdagverblijf De Woezel – Stichting Parnassia, Den Haag, Nederland)
5.2.3 Observatieschema kind (Tipi)

5.3 Observatielijsten ouder en kind

5.3.1 Observatielijst ouder en kind (Tipi)
5.3.2 Pedagogische diagnostiek (De Lage Kamp – Stichting Dr. Kuno van Dijk, Paterswolde, Nederland)

5.1 Eerste contact met ouder en kind

5.1.1 Vragenlijst bij eerste contact met kind en moeder

Naam moeder: **Naam en geboorte datum kind:**	**Datum eerste contact:** **Staflid:**

Vragenlijst:
(stel deze vragen op een natuurlijke, niet bedreigende manier, maak er geen interview van, vermijd de vragen waar de moeder het nog moeilijk mee heeft…)

Zwangerschap
Hoe heb je jouw zwangerschap beleefd?

Hoe heb je toen geleefd (was er rust, regelmaat, gezonde voeding)?

Stond je onder begeleiding van een controledokter? Ging je op controle?

Waren er complicaties?

Heb je gebruikt tijdens je zwangerschap? Zo ja, wat en hoeveel?

Bevalling
Op hoeveel weken is je kind geboren (normaal, te vroeg of te laat)?

Waren er complicaties voor jou?

Waren er complicaties voor je kind?

Waren er bijzondere zorgen voor je kind?

Het eerste levensjaar
Ben je veel op controle geweest bij K&G?

Welke inentingen heeft jouw kind toen gekregen?

Waren er specifieke moeilijkheden (slaap, voeding, …)?

Hoe was het contact met jouw kind?

Van wie had je allemaal ondersteuning tijdens het eerst levensjaar?

Van twee tot vijf jaar
Hoe was de gezinssamenstelling gedurende die jaren?

Wie stond er allemaal in voor de verzorging en opvoeding van je kind?

Wat gebeurde er met je kind tijdens moeilijke periodes (bijvoorbeeld door gebruik)?

Wanneer ging je kind naar school en hoe is die eerste kleuterklas verlopen?

Waren er specifieke moeilijkheden op school?

Ging jouw kind regelmatig naar school?

Huidige situatie
Hoe is het slaap- en eetpatroon van je kind?

Hoe ervaar je je kind nu qua ontwikkeling?

Zijn er momenteel bepaalde moeilijkheden?

Zijn er totdusver al tussenkomsten geweest van het C.B.J. of de J.R.B.?

Is jouw kind al ooit ergens opgenomen geweest (hospitaal, home,…)?

Is jouw kind al ergens getest geweest in zijn ontwikkeling?

5.1.2 Observatie bij eerste contact met kind en moeder (bij eerste bezoek aan Tipi)

Naam moeder: **Naam en geboortedatum kind:**	**Datum:** **Observator:**

Eerste indruk over het kind: *(let op zelfredzaamheid, lichamelijke verzorging, gezondheid, omgang met structuur, motoriek, taal, contact met moeder,...)* **Eerste indruk over de moeder:** *(let op toezicht op het kind, het bieden van structuur, het geven van genegenheid, signalen van het kind begrijpen,…)*

5.2 Observaties kind

5.2.1 Anamnestische fiche Tipi-kind

Naam van het kind	
Geboorteplaats en -datum	
Opnamedatum in de Tipi	
Verblijf voor de opname in de Tipi	
Mutualiteitsgegevens van het kind	
Naam van de moeder	
Geboortedatum moeder	
Domicilie moeder	
Verblijfplaats van de moeder	
Mutualiteitsgegevens van de moeder	
Gerechtelijk statuut van de moeder	
Tussenkomst CBJ / Jeugdrechtbank: - Naam en adres contactpersoon - Maatregel	
Naam van de vader	
Geboortedatum vader	
Domicilie van de vader	
Verblijfplaats van de vader	
Telefoonnummer van de vader	
Mutualiteitsgegevens van de vader	

Gerechtelijk statuut van de vader	
Naam en adres van andere familieleden / andere verzorgers van het kind	
Contacten met familie (bezoek, telefoon, brief)	
Naam en adres van de onthaalmoeder	
Telefoonnummer van de onthaalmoeder	
Naam en adres van de vorige school van het kind	
Telefoonnummer van de vorige school	
Klas en naam van de leerkracht	
Naam en adres van de huidige school van het kind	
Telefoonnummer van de huidige school	
Klas en naam van de leerkracht	
Medische gegevens van het kind	
Naam en adres van de vorige dokter/kinderarts	
Andere opnames van het kind – naam en adres	
Dienst Kind en Gezin	
Contactpersoon van de dienst Kind en Gezin	
Adres Kind en Gezin	
Telefoonnummer Kind en Gezin	

5.2.2 Problemenlijst De Woezel

++	+	+/-	-	1. SOCIAAL EMOTIONELE ONTWIKKELING :
				Agressie
				Automutilatie
				Moeite met 'meedoen'
				Angstig t.o.v. kinderen
				Angstig t.o.v. volwassenen
				Sterk op volwassenen gericht
				Moeite met contact leggen
				'Volwassen' gedrag vertonen
				Problemen met hechting: 'hangen aan, …'
				Problemen met hechting: afwijzend
				Geen fantasie
				Extreem veel fantasie
				Faalangstig
				Apathisch/passief
				Regressie
				Heftig in het uiten van emoties
				Emoties niet op de juiste momenten plaatsen
				Wisselend in het uiten van emoties en gedrag
				Emotieloos
				Negatieve aandacht vragen
				Overafhankelijk
				Overaanhanke1ijk
				Koppig/dwars
				Gewetenloosheid

++	+	+/-	-	2. COGNITIEVE ONTWIKKELING:
				Snel overprikkeld zijn
				Slechte concentratie
				Weinig afwisseling in spelmateriaal
				Functioneert op lager cognitief niveau
++	+	+/-	-	3. LICHAMELIJKE ONTWIKKELING:
				Hoge spierspanning
				Lage spierspanning
				Overactief
				Slechte grove motoriek
				Slechte fijne motoriek
				Angstig om te bewegen
				Geen gevaar zien
++	+	+/-	-	4. TAALONTWIKKELING:
				Achterstand in actief taalgebruik/zelf taal gebruiken
				Achterstand in passief taalgebruik/ begrijpen
				Te volwassen taalgebruik
				Grof taalgebruik
				Papegaaien
				Stotteren, slissen, bepaalde klanken weglaten, etc.

++	+	+/-	-	5. OVERIGE PROBLEMEN:
				Slecht eten
				Slecht drinken
				Sterk gericht zijn op eten/drinken
++	+	+/-	-	6. BEHOEFTE AAN:
				Logopedie
				Fysiotherapie
				Spelbegeleiding
				Speltherapie
				(Video) hometraining
				Uitgebreide diagnostiek
				Anders, nl.:

5.2.3 Observatieschema kind

NAAM:
GEBOORTEDATUM:
OPNAMEDATUM:
OBSERVATIEPERIODE:

1. Lichamelijk voorkomen en ontwikkeling
- hygiëne – kledij – gebit – haar
- eetpatroon
- gedragspatronen (eerste indruk – bijzondere gewoontes – tics)

2. Zelfstandigheid en zelfredzaamheid
- zelfredzaamheid bij eten – wassen – aan- en uitkleden en slapen – zindelijkheid – initiatief nemen - …

3. Relatie ten opzichte van volwassenen:
- hechting aan moeder
- hechting aan (stief)vader, andere familieleden
- hechting aan begeleiding en medebewoners
- relatie met onthaalmoeder/juf
- interesse voor contact/reactie op contactaanbod
- kwaliteit van het oogcontact
- reactie op krijgen van affectie – vraag naar affectie – zelf affectie geven
- omgaan met grenzen – verboden – structuur.

4. Relatie ten opzichte van kinderen:
- hechting aan broers/zussen
- interesse voor contact met leeftijdsgenoten – reactie op contactaanbod
- andere kinderen pijn doen – vechten – ruzie maken – lastigvallen
- evenwicht alleen spelen/spelen met andere kinderen
- omgang met conflicten
- rekening houden met elkaar

5. Emotionele ontwikkeling
- overgevoelig/ongevoelig – gevoelsstabiel/gevoelslabiel
- aandachtsbehoefte
- prikkelbaar/kwetsbaar – rustig/druk zijn
- koppig – jaloers
- apathisch – gesloten
- fantasie
- zelfvertrouwen
- agressief – vernielzuchtig (naar anderen of zichzelf toe)
- frustratietolerantie
- impulscontrole
- angsten
- liegen – stelen
- aandacht – concentratie.

6. Grove en fijne motoriek
- stappen – lopen – springen – fietsen
- vastmaken – op elkaar zetten
- knippen – kleuren
- handigheid.

7. Schoolse vorming

- houding t.o.v. school en in school (motivatie – werktempo – aandacht en concentratie – zelfstandig werken – afwerken van opdrachten)
- gedrag t.a.v. juffrouw en t.a.v. andere kinderen.

8. Spel

- evenwicht alleen spelen/samenspelen
- voorkeur spel – speelgoed – activiteiten
- omgang met spelregels en verlies
- concentratie – fantasie
- doorzetten/opgeven – frustratietolerantie – afwerken

9. Waarden- en normenpatroon

- beleefdheid
- tafelmanieren
- omgang met materiaal.

10. Omgang met seksualiteit:

- seksuele nieuwsgierigheid
- kennis eigen lichaamsschema
- bijzondere gedragingen.

11. Andere te weerhouden informatie.

5.3 Observatielijsten ouder en kind

5.3.1 Observatie kind en moeder

Naam moeder: **Naam en geboortedatum kind:**	**Observatieperiode** *(maand)*:

(Onderstaande lijst is een ruggesteun en niet alomvattend. Probeer al wat je gezien hebt ergens te vatten en objectief te beschrijven. (Noteer bij ieder observatie de datum en je naam).

1. Zelfredzaamheid en zelfstandigheid
(zelfredzaamheid bij eten, wassen, aan- en uitkleden en slapen – zindelijkheid – ruimte bieden tot ontdekken - stimuleren tot zelfredzaamheid - de kans om zelf keuzes te maken)

2. Lichamelijke verzorging
(hygiëne – kapper – schoenen – kledij)

3. Gezondheid – voeding – hygiëne
medische zorg
(geven van medicatie – dokter inschakelen – tandarts)

Gezonde voeding
(regelmaat – gevarieerd en vers – snoep en drinken)

Hygiëne
(regelmaat en grondigheid wassen)

4. Veiligheid en structuur
toezicht op het kind

een veilige woning

structuur
(grenzen en regels: belonen van gewenst gedrag – afleren van ongewenst gedrag)
(structuur in ruimte: wat doen we waar – wat leggen/vinden we waar)
(structuur in tijd: wat doen we wanneer)

5. Grove en fijne motoriek
(fietsen, lopen, zwemmen – fijne handelingen als knippen, kleuren,…)

6. Spraak en taal
(actief omgaan met taal – taalactiviteiten – aangepast taalgebruik)

7. Vorming en spel (cognitieve ontwikkeling)
opvolging school

stimulans en bewegingsvrijheid thuis – meespelen – samen creatief bezig zijn

Aangepast/gevarieerd speelgoed – aangepast/gevarieerd spel- en activiteitenaanbod

8. Relatie moeder en kind
het geven van genegenheid, liefde, aandacht, geborgenheid

de eigenheid van het kind respecteren
(respect voor zijn gevoelsleven – respect voor het karakter van het kind – aandacht voor zijn eigen ritme en behoeften)

de signalen en boodschappen van het kind correct begrijpen en beantwoorden

een positief zelfbeeld opbouwen

9. Waarden en normen (morele ontwikkeling)
het bijbrengen van waarden aan je kind

zorg voor rituelen
(verjaardag – kerst en nieuw – sint – avondritueel)

10. Seksuele ontwikkeling
(seksuele nieuwsgierigheid – identificatie met de ouder)

11. Emotionele ontwikkeling
(zich inleven in de gevoelens van het kind – weerbaarheid van het kind – ondersteuning bij angst)

12. Contact met leeftijdsgenoten (in de Tipi, op school)
(evenwicht tussen samen of apart – rekening houden met elkaar – omgaan met conflicten)

13. Contact met familie (vader, grootouders)
(omgang met brieven en telefoons i.f.v. het kind – onthaal en afscheid bij bezoek)

14. Varia – Opmerkingen

5.3.2 Pedagogische diagnostiek

OP WELKE PUNTEN MOET ER AANDACHT KOMEN?

- Affectie
- Autonomie
- Pedagogische vaardigheden
- Intellectuele ontwikkeling
- Lichamelijke verzorging

1. Hoe is het affectieve klimaat? *Aandachtspunten*:

- Is er oogcontact?
- Kan men positieve momenten creëren?
- Positieve aandacht geven?
- Geven van affectie door kind vast te houden, knuffelen, kusje geven?
- Hoe zit het met afstand/nabijheid? Maak een schaal van 0 – 10.
- Stemgebruik
- Neemt men initiatief tot contact?
- Krijgt het kind ruimte voor contactinitiatieven?

2. Hoe zit het met de autonomie van het kind? *Aandachtspunten*:

- Kan de ouder het kind bij iemand anders laten?
- Staat de ouder bemoeienis van anderen toe?
- Is er contact met andere kinderen, gaat het kind wel eens bij iemand spelen?
- Neemt het kind de gevoelens van de ouder over? Is er sprake van parentificatie?
- Mag het kind boos, verdrietig zijn, kan de ouder dat verdragen?

3. Hoe gaat het met de pedagogische vaardigheden als leidinggeven? *Aandachtspunten*:

- Zijn de regels die men hanteert duidelijk en passen ze bij de leeftijd?
- Worden er grenzen gesteld?
- Kan men consequent zijn?
- Kan men overleggen met het kind (afhankelijk van leeftijd)? Onderhandelen?
- Kan men indien er meer kinderen zijn beurten verdelen?
- Kan men structuur aanbrengen in tijd?
- Kan men voorbespreken (voorbereiden op…)?

4. Intellectuele ontwikkeling. *Aandachtspunten*:

- Als er een test is afgenomen, wat is daarvan de uitslag?
- Welke soort spelletjes doet het kind (binnen/buiten)? Is er afwisseling tussen beide?
- Krijgt het kind gevarieerd materiaal aangeboden?
- Welk spelmateriaal heeft het kind? Alleen TV of is er ook gelegenheid tot kleien, knutselen, etc.?
- Heeft het kind een eigen speeltafeltje en wordt daar ook gebruik van gemaakt?
- Kan het kind geconcentreerd spelen, let de ouder daar op?
- Hoe stimuleert de ouder het kind?

5. Lichamelijke verzorging. *Aandachtspunten*:

- Hoe ziet het kind eruit, maakt het kind een gezonde indruk; verkouden, hoofdpijn,…?
- Krijgt het voldoende nachtrust?
- Tanden poetsen en bezoek aan tandarts? Kleren, haren, nagels.

BIJLAGE 6: OVERZICHTSBLAD LICHAMELIJKE GEZONDHEID

Medische fiche van ………………..

Geboortedatum…………

- Medische check bij opname
  Datum:
  Aandacht voor:
  Medicatie:
  Opvolging:

- Consultatie tandarts
  Datum:
  Aandacht voor:
  Medicatie:
  Opvolging:

- Consultatie huisarts
  Datum:
  Aandacht voor:
  Medicatie:
  Opvolging:

- Andere consultaties (K&G, kinderarts, logopedist,…)
  Datum:
  Aandacht voor:

- Vaccinaties:
  3 maanden: polio
  di – te – per
  HIB

  4 maanden: di – te – per
  HIB
  Hep. B

  5 maanden: polio
  di – te – per
  hep. B

  13/14 maanden: polio
  di – te – per
  HIB
  Hep. B

15 maanden: mazelen
bof
rode hond

5 – 6 jaar: polio
di – te – per

- Kinderziekten
  Roodvonk
  3-dagen koorts
  vijfde ziekte
  waterpokken

BIJLAGE 7: HANDELINGSPLANNEN

7.1 Handelingsplan ouder fase 1 (Tipi)

7.2 Handelingsplan ouder andere fasen (Tipi)

7.3 Handelingsplan ouder – kind fase 1 (Tipi)

7.4 Handelingsplan ouder – kind andere fasen (Tipi)

7.1 Handleiding handelingsplan ouder – fase 1

INHOUD

1. Hoe ver sta je op het vlak van je sociale administratie?
- Heb je een domicilie?
- Wat zijn je inkomsten (mutualiteit, OCMW...)?
- Heb je schulden en wat doe je daar mee?
- Hoe zit je gerechtelijke situatie ineen (onder welk statuut -probatie,VI,VOV,...- ben je in de Kiem, heb je nog zaken te verwachten,...)?

2. Hoe ver sta je op het vlak van familiecontacten?
- Met wie schrijf of bel je en hoe loopt dit?
- Wie komt er bij jou op bezoek en hoe loopt dit?
- Wat zijn je plannen naar je familie toe?

3. Scoor je voldoende op je basisattitude? (Cfr. seminarie basisattitude)

4. Hou je de basisvoorwaarden van dit programma in ere en slaag je erin de 'wegwijzers' voldoende in praktijk om te zetten? (Cfr. tekst 'Een nieuwe levenswijze').

5. Bespreek hoe jij al werk hebt gemaakt van verantwoorde betrokkenheid en gedeelde verantwoordelijkheid. (Geef enkele voorbeelden)

6. Bespreek je werkpunten uit je handelingscontract. (Cfr. handelingscontract)

7. Formuleer nieuwe werkpunten voor je tweede fase. (Cfr. handleiding handelings-planning)

8. Conclusie: ben je geaard of niet en wanneer wil je overgaan,...

VORM EN PROCEDURE

- Een fase1-evaluatie breng je getypt binnen, steeds op zondagavond en minimum twee weken voor je overgangsdatum. Deze evaluatie laat je vooraf lezen door je peers.
- In de daarop volgende week wordt je evaluatie besproken in je peergroep. Een peer van jou maakt verslag van deze bespreking. Soms kan je gevraagd worden om bepaalde aanvullingen te maken op je evaluatie.
- Vervolgens dien je je evaluatie, je aanvullingen en het verslag van de peergroep opnieuw binnen op zondagavond. Dit alles laat je vooraf feedbacken door je bewonerspeter, je afdelingshoofd en de coördinator.

Als je iets nog niet begrijpt, vraag dan
meer uitleg. Veel succes!

7.2 Handleiding handelingsplan ouder – alle fasen

ALGEMEEN

Een programma in De Kiem volg je niet alleen omdat je geen drugs meer wil gebruiken. Ons programma biedt jou de mogelijkheid om in De Kiem te groeien naar een nieuwe levenswijze. In deze levenswijze staan volgende globale doelen voorop:

- een gezonde waarden- en normenschaal hanteren
- over voldoende spankracht en weerbaarheid beschikken om problemen constructief aan te pakken en niet weg te vluchten in manipulaties en gebruik
- zelfvertrouwen opbouwen en aanvaardbaar interactioneel gedrag vertonen
- gevoelens kennen, uiten en hanteren
- zicht hebben op je eigen mogelijkheden en beperktheden
- in staat zijn om geordend en zelfstandig te leven met zelfdiscipline
- verantwoordelijkheid opnemen voor jezelf en anderen door te kiezen voor confrontatie en inzet voor de anderen
- in staat zijn relaties aan te gaan en die te onderhouden in een band van wederzijds respect.

Ons programma richt zich op reïntegratie in de samenleving. Daarom zal een nieuwe levenswijze ook inhouden dat je actief bent op het vlak van werk en/of vorming, dat je met je vrije tijd weet om te gaan, dat je je eigen sociale administratie en je financieel-economisch statuut in handen hebt. Tevens wordt er van jou verwacht dat je een duidelijk standpunt tegenover gebruik op nahoudt. Daarnaast zal je binnen je programma als je dat wil ook werk maken van een beter contact met je familie.

Om al deze doelen te kunnen bereiken biedt ons programma jou heel wat middelen en mogelijkheden. Daarnaast zal je jezelf wellicht bepaalde beperkingen of nieuwe verplichtingen moeten opleggen en wordt er van jou een engagement in de leefgemeenschap en ook daarbuiten verwacht.

In onderstaande tekst gaan we met een aantal open vragen dieper in op de doelstellingen van het programma. Aan jou om keuzes te maken en om (in iedere fase) een eigen behandelingsplan voor te stellen en je handelen op basis daarvan te evalueren. Het spreekt voor zich dat jouw verblijf bij ons niet zomaar vrijblijvend kan zijn en dat je voor jezelf de verwachtingen dus niet te laag mag leggen.

ENKELE SUGGESTIES OM JE TE HELPEN

Waarden en normen

- Welke waarden en normen vind je voor jezelf belangrijk?
- Wat spreekt jou aan in onze filosofie en waarheidsprincipe?
- Welke waarden ontdekte je reeds in dit programma en wat betekenen ze voor jou?
- Waar heb je het moeilijk mee?
- Wat zie je als werkpunten voor je volgende fase m.b.t. de waarden en normen?

Spankracht en weerbaarheid

- Volg je de wegwijzers van ons programma betreffende de structuur; je laten aanspreken, je spanningen niet afreageren,...?
- Op welke manier kom je op voor je eigen mening in de gemeenschap? Welke middelen van het huis hanteer je al en welk effect hebben ze voor jou?
- Hoe ga je om met autoriteit, opmerkingen en zits?
- Durf je zelf anderen confronteren en zits geven?
- Hoe ga je om met spanningen en frustraties in de structuur?

Zelfvertrouwen – betrouwbaarheid – vertrouwen geven en krijgen

- Kom je op voor je eigen mening, voor wat je nodig hebt en waar je recht op hebt?
- In wie heb je al vertrouwen? In wie zou je graag vertrouwen hebben? Door wie zou je graag vertrouwd worden? Wat heb je daarvoor reeds gedaan?
- Bespreek je jouw problemen met anderen?
- Op welke manier bouw je aan je vertrouwensrelatie met je bewoners en stafpeter?
- Heb je negatieve contacten?

Gevoelens hanteren

- Hoe ga je met je gevoelens om in structuur?
- Werk je met je gevoelens in groepen?
- Op welke gevoelens wil je nog doorwerken?
- Kan jij je gevoelens vlot uiten en hanteren?
- Op welke manier ga je om met negatieve gevoelens?

Mogelijkheden en beperktheden

- Geef tien positieve en tien negatieve kenmerken van jezelf.
- Wat kon je vroeger niet en wat kan je nu wel? In welk opzicht merk je een aantal veranderingen? Wat heb je hiervoor gedaan?
- Wat zou je hier graag leren (praktisch, inhoudelijk)?
- Ken je je eigen mogelijkheden en beperktheden naar organisatie en begeestering van de groep (verantwoordelijke functies, weekend, activiteiten, feestjes,...)? Wat zou je hierin graag doen?

Zelfstandigheid (verantwoordelijkheid naar jezelf)

- Wat betekent voor jou zelfstandigheid? Op welke vlakken ben je reeds zelfstandig? Op welke vlakken ben je nog niet zelfstandig?
- Op welke manier neem je je verantwoordelijkheden over het werk dat je verricht?
- Sta je zelfstandig op tijd op, hygiëne, opkriks, sociale administratie, uitleg vragen, heb je persoonlijk initiatief?
- Welke initiatieven neem je om je lot in eigen handen te nemen? In welk opzicht ben je afhankelijk van de anderen?
- Ben je zelfredzaam genoeg om later alleen te wonen? Wat zal je nog moeten leren?

Engagement (verantwoordelijkheid naar de anderen)

- Op welke manier draag je mee de zelfstandigheid van de groep en bevorder je de zelfhulp?
- Welke verantwoordelijkheden neem je op in de structuur?
- In wat engageer jij je in het groepsleven (MM, activiteiten, seminaries, feestjes, toneel, vrije avond,...) en naar de jongere bewoners toe?
- Op welke manier organiseer je en begeester je de groep (verantwoordelijke functies, WE, activiteiten, feestjes,...) ?
- Pas je 'verantwoorde betrokkenheid' toe naar je medebewoners? Sta je mee in voor de 'gedeelde verantwoordelijkheid' binnen de bewonersgroep?
- Welke engagementen neem je op naar je familie (wat heb ik hen te bieden) en naar de samenleving (vrijwilligerswerk, preventieactiviteiten...)?

Relaties – vrienden

- Wie heb je als vrienden in de groep?
- Wat doe je om hier vrienden te maken? Wat is jouw engagement in een relatie?
- In welke mate engageer jij je in je peers?
- Hoe zie je vrienden maken in de toekomst?

Seksualiteit

- Hoe beleef je je seksualiteit, je man- of vrouw-zijn?
- Hoe ga je om met je eigen seks, met seksuele aantrekkingskracht in de groep?
- Respecteer je anderen als man of vrouw? Welke moeilijkheden ervaar je daarbij?

Werk – vorming

- Hoe is je inzet, tempo en afwerking in het werk? Waar liggen jouw interesses en neem je initiatieven op dat vlak (lectuur, seminars, cursussen,...)? Vraag je hulp in wat je niet kan (lezen, schrijven, typen...)?
- Je werkt steeds samen met anderen of je geeft reeds leiding in het werk. Wat ervaar je hierbij (moeilijkheden en mogelijkheden)? Geef je hulp aan anderen om hen te vormen (seminaries,...)?

Vrije tijd

- Welke hobby's had je vroeger? Ga je die hier verder doen?
- Hoe ga je met je vrije avond om binnen de leefgemeenschap? Wat doe je zoal?
- Welke initiatieven neem je (wil je nemen) in functie van vrijetijdsbesteding van de groep?
- Aan welke vaste vrijetijdsbesteding denk je voor jezelf in de toekomst?

Sociale administratie – Financies

- Is je map sociale administratie steeds in orde? Wat is je sociaal statuut? Is je mutualiteit in orde? Heb je een domicilie?
- Hoe ga je om met je financiële map?
- Kan je met geld omgaan? Hoe doe je dat op BP?
- Geef een overzicht van je inkomsten en vaste uitgaven en maak (of evalueer) een afbetalingsplan voor je schulden.
- Wat is je gerechtelijke situatie?

Standpunt t.o.v. gebruik

- Wat is je standpunt nu tegenover gebruik, je gebruikersvrienden en het milieu?
- Welke moeilijkheden ondervind je om dit standpunt hard te maken? Wat doe je hiermee in groepen?
- Hoe ga je buiten om met confrontaties met gebruik?

Familie

- Hoe sta je tegenover je familie?
- Investeer jij in je familie? Welke initiatieven neem je naar je familie toe?
- Ben je met je familie in het reine en wat onderneem je op dat vlak?
- Wat deel je hieromtrent in groepen?

7.3. Handleiding handelingsplan moeder en kind – fase 1

Wanneer je dit leest ben je wellicht reeds vertrouwd met het feit dat je doorheen je programma in de Kiem voor jezelf regelmatig een handelingsplan zal moeten opstellen en evalueren. Daar jij met je kind in de Tipi woont leek het ons nuttig dat je ook je handelen daar in een handelingsplan zou vatten. Dit zou je moeten helpen om naar jezelf als moeder – naar de ontwikkeling van je kind – en naar je relatie met je kind te kijken en er doelgericht mee aan de slag te gaan. Misschien ga je nu wel denken dat we heel veel van jou verwachten en dat je het niet goed genoeg zal kunnen doen. Niets is minder waar. We vinden het heel belangrijk dat je zelf deze werkpunten formuleert die je belangrijk vindt en op het moment dat jij je er klaar voor voelt. Misschien denk je wel dat er toch niets mis is met je moederschap en met de opvoeding van je kind. Dit hoeft ook helemaal niet. Je handelingsplan kan evenzeer een bestendiging zijn van waar je al mee bezig bent.

Voor de eerste fase beperken we ons tot een aantal basisrubrieken die je dient te bespreken. Later in je programma zal dit handelingsplan zowel in de TG als in de Tipi ruimer worden. We nodigen je uit om bij deze rubrieken stil te staan en waar nodig werkpunten voor jezelf en je kind te formuleren.

1. Hoe ver sta je op het vlak van sociale administratie?
   ontvang je kindergeld
   wat is momenteel je juridische statuut tegenover je kind

2. Hoe ver sta je op het vlak van familiecontacten omtrent je kind?
   omgang met brieven en telefoons in functie van het kind
   onthaal en afscheid bij bezoek vader – bezoek grootouders

3. Hoe ervaar je jezelf als moeder van je kind?
   in het geven van genegenheid, liefde, aandacht, geborgenheid
   in het respecteren van de eigenheid van je kind
   respect voor het gevoelsleven van je kind
   respect voor de karaktertrekken van je kind
   aandacht voor het eigen ritme en de behoeften van je kind
   in het correct begrijpen en beantwoorden van de signalen en boodschappen van je kind
   in het opbouwen van een positief zelfbeeld bij je kind

4. Slaag je er in een aantal basisvoorwaarden voor je kind te waarborgen?

   Lichamelijke verzorging
      hygiëne – kapper - schoenen – kledij

   Gezondheid – voeding - hygiëne
      medische zorg
         geven van medicatie - dokter inschakelen - tandarts
      gezonde voeding
      regelmaat - gevarieerd en vers - snoep en drinken
      hygiëne
         regelmaat wassen

   Veiligheid en structuur
      hou je toezicht op je kind
   zorg je voor een veilige leefomgeving (woning)
      kan je je kind structuur bieden
         grenzen en regels: belonen van gewenst gedrag – afleren van ongewenst gedrag
         structuur in ruimte: wat doen we waar – wat leggen/vinden we waar
         structuur in tijd: wat doen we wanneer

5. Hoe ervaar je het samenleven in de Tipi met andere moeders en kinderen?

6. Evalueer je Tipi-werkpunten die je voor jezelf vooropgesteld hebt bij het begin van je eerste fase.

7. Formuleer je nieuwe Tipi-werkpunten voor je tweede fase (lees alvast de handleiding voor het Tipi-handelingsplan door als referentiekader).

7.4 Handleiding handelingsplan moeder en kind – alle fasen

Wanneer je dit leest ben je wellicht reeds vertrouwd met het feit dat je doorheen je programma in de Kiem voor jezelf regelmatig een handelingsplan zal moeten opstellen en evalueren. Daar jij met je kind in de Tipi woont lijkt het ons nuttig dat je ook je handelen daar in een handelingsplan zou vatten. Dit zou je moeten helpen om naar jezelf als moeder – naar de ontwikkeling van je kind – en naar je relatie met je kind te kijken en er doelgericht mee aan de slag te gaan. Misschien ga je nu wel denken dat we heel veel van jou verwachten en dat je het niet goed genoeg zal kunnen doen. Niets is minder waar. We vinden het heel belangrijk dat je zelf deze werkpunten formuleert die je belangrijk vindt en op het moment dat jij je er klaar voor voelt. Misschien denk je wel, dat er toch niets mis is met je moederschap en met de opvoeding van je kind. Dit hoeft ook helemaal niet. Je handelingsplan kan evenzeer een bestendiging zijn van waar je al mee bezig bent.

Binnen deze handleiding hebben we een aantal rubrieken verzameld die ons belangrijk lijken bij de opvoeding van een kind. We nodigen je uit om bij deze rubrieken stil te staan en waar nodig werkpunten voor jezelf en je kind te formuleren.

1. Zelfredzaamheid en zelfstandigheid
    - zelfredzaamheid bij eten, wassen, aan- en uitkleden en slapen
    - zindelijkheid
    - ruimte bieden tot ontdekken
    - stimuleren tot zelfredzaamheid
    - de kans om zelf keuzes te maken

2. Lichamelijke verzorging
    - hygiëne
    - kapper
    - schoenen – kledij

3. Gezondheid – voeding - hygiëne
    - medische zorg
        - geven van medicatie
    - dokter inschakelen
    - tandarts
    - gezonde voeding
        - regelmaat
        - gevarieerd en vers
        - snoep en drinken
    - hygiëne
        - regelmaat wassen

4. Veiligheid en structuur
    - toezicht op je kind
    - een veilige woning
    - structuur
        - grenzen en regels: belonen van gewenst gedrag – afleren van ongewenst gedrag
        - structuur in ruimte: wat doen we waar – wat leggen/vinden we waar
        - structuur in tijd: wat doen we wanneer

5. Grove en fijne motoriek
    - fietsen, lopen, zwemmen
    - fijne handelingen als knippen, kleuren, …

6. Spraak en taal
    actief omgaan met taal
    taalactiviteiten
    een aangepast taalgebruik

7. Vorming en spel (cognitieve ontwikkeling)
    opvolging school
    stimulans en bewegingsvrijheid thuis
    meespelen – samen creatief bezig zijn
    aangepast en gevarieerd speelgoed
    aangepast en gevarieerd spel- en activiteitenaanbod

8. Relatie moeder en kind
    het geven van genegenheid, liefde, aandacht, geborgenheid
    de eigenheid van je kind respecteren
        respect voor zijn gevoelsleven
        respect voor de karaktertrekken van je kind
        aandacht voor zijn eigen ritme en behoeften
    de signalen en boodschappen van je kind correct begrijpen en beantwoorden
    een positief zelfbeeld opbouwen

9. Waarden en normen (morele ontwikkeling)
    het bijbrengen van waarden aan je kind
    zorg voor rituelen
        verjaardag – kerst en nieuw – sint - avondritueel

10. Seksuele ontwikkeling
    seksuele nieuwsgierigheid
    identificatie met de ouder

11. Emotionele ontwikkeling
    je inleven in de gevoelens van je kind (voelen mag)
    weerbaarheid van je kind
    ondersteuning bij angst (begrip bij regressie leidt tot vertrouwen en zelfstandigheid)

12. Contact met leeftijdsgenoten (in de Tipi, op school)
    evenwicht tussen samen of apart
    rekening houden met elkaar
    omgaan met conflicten

13. Contact met familie (vader, grootouders)
    omgang met brieven en telefoons ifv het kind
    onthaal en afscheid bij bezoek

BIJLAGE 8: VIDEO-INTERACTIEBEGELEIDING

8.1 VIB: Overzicht opleiding (Tipi)

8.2 Contract met de moeders (Tipi)

8.3 Overzicht opnames in de Tipi

8.4 Contract met studenten

8.1 VIB: Overzicht opleiding

Overzicht opleidingssessies in 2001 met thema's die aan bod kwamen en het *huiswerk* (telkens *cursief* afgedrukt) naar de volgende sessie toe:

23.04 Kennismaking / motivatie / praktisch / basiscommunicatie / opname Dirk & Els
Aanschaf camera / opname moeder + kind (MK) / theorie lezen
Dirk: M. + Is.; Els: P.

14.05 Stand van zaken / bespreking beelden Dirk & Els / bespreking eerste opnames MK
Terugkijkgesprek / opname MK

28.05 Basiscommunicatie op beeld door bespreking opnames MK
Terugkijkgesprek / opname MK

11.06 Analyse van de contactprincipes / Selectie van de beelden
Overtapen beelden / opname terugkijkgesprek (TG) / contract met moeders / opname MK

02.07 Analyse contactprincipes / selectie beelden / interactietaal gebruiken / eigen leerpunten
Opname TG / opname MK / hoofdstuk 2 lezen / Els zwanger

13.08 Afronding blok 1: analyse contactprincipes, selectie beelden, interactietaal / eigen leerpunten
Opname TG/ opname MK

10.09 Leren op activerende wijze beelden teruggeven: wat wil je waarom tonen / theorievragen
Opname TG / opname MK

27.09 Protectie- en risicofactoren / bespr. opnames TG en MK , Els ziek
Voorbereiding stand van zaken

08.10 Werken met eigen opnames (M-K en TG) en beelden vanuit opleiding.
Opname TG / opname MK

17.10 Tussentijdse evaluatie met het team en opleider

29.10 Werken met eigen opnames (M-K en TG) en beelden vanuit opleiding.
Opname TG / opname MK

12.11 Werken met eigen opnames (M-K en TG) en beelden vanuit opleiding.
Opname TG / opname MK

03.12 Werken met eigen opnames (M-K en TG)
Opname TG / opname MK (2 nieuwe moeders)

17.12 Werken met eigen opnames (M-K en TG) en bespreking vervolg opleiding.
Opname TG / opname MK

8.2 Contract met de moeders

Oosterzele, juni 2001

Betreft: toestemming gebruik videomateriaal

Ondergetekende, ……………………

verleent aan Dirk Calle en Els Vandekerckhove, stafleden van v.z.w. De Kiem toestemming om de video-opnames te gebruiken, die tijdens de video-interactiebegeleiding zijn gemaakt.

Deze beelden mogen gebruikt worden in het kader van opleiding, intervisie, onderzoek en voorlichting.

De videobeelden worden niet op gewone stafteams vertoond en zijn niet van invloed op de faseovergangen in het programma.

Op het einde van mijn programma krijg ik een videoband met alle opnames mee.

Door middel van aankruisen maak ik kenbaar voor welke doeleinden ik de toestemming geef. Dit formulier wordt bewaard bij Dirk Calle en ik hou zelf ook een getekend exemplaar.

Wanneer ik deze toestemming wil intrekken, neem ik contact op met Dirk Calle die samen met mij een nieuwe overeenkomst opmaakt en de vorige vernietigt.

De video-opnames mogen gebruikt worden voor:

( ) voorlichting aan het Tipi-team en de verantwoordelijken die dit team superviseren
( ) opleiding van Tipi-stafleden in de video-interactiemethodiek

( ) opleiding door de communicatietrainer te Nederland
( ) onderzoek in samenwerking met de universiteit te Gent
( ) evaluatie van het invoeren van de video-interactiebegeleiding met de stuurgroep
( ) intervisie op regionaal vlak met andere video-interactiebegeleiders
( ) voorlichting aan andere hulpverleners in het werkveld (opleiding – studiedagen)

opmerkingen:

Plaats: Datum: Voor akkoord:

8.3 Overzicht opnames in de Tipi

Datum	**M1** *(M.)*	**M2** *(Is.)*	**M3** *(P.)*	**M4** *(N)*	**M5** *(Il.)*	**M6** *(S)*
09.05	eetsituatie	cake bakken				
13.05			balspel buiten			
22.05	huiswerk maken	kaartjes knutselen				
25.05			gezel-schapsspel			
06.06		eetsituatie				
08.06	eetsituatie					
09.06					spelen op de mat	
20.06	gezel-schapsspel					
29.06		gezel-schapsspel				
30.06					balspel buiten	
09.08					badsituatie	
10.08	cake bakken	fruitsla maken				
23.08	wassen					
30.08					samen puzzelen	
07.09		's avonds in bad				
25.09					tafelsituatie	
26.09	in bad en spelletje	avondeten en spelletje				
22.10	eten + lezen					
26.10		taaloefe-ningen				
08.11		gezel-schapsspel				
14.11	huiswerk maken					
01.12	STOP	in bad				

11.12						Eetsituatie
14.12				eetsituatie		
03.01		gezel-schapsspel				
09.01		in bed stoppen		in bad stoppen		pannenkoe-kenbak

8.4 Contract met studenten omtrent videobeelden

Gent, 07.11.01

Ondergetekende, ………………………………., student orthopedagogiek aan de universiteit te Gent, neemt deel aan een onderzoek dat zich tot doel stelt een analyse te maken van videobeelden die werden gemaakt binnen het drugvrij therapeutisch programma van De Kiem. In De Kiem werd sinds mei 2001 de video-interactiebegeleiding geïmplementeerd. Deze implementatie en het bijhorende beeld-analyse-onderzoek kaderen in een VAD-opdracht betreffende de concept- en methodiekontwikkeling van opvoedingsondersteuning aan drugverslaafden met jonge kinderen binnen een residentiële setting. Deze opdracht werd toegewezen aan De Kiem en de vakgroep orthopedagogiek van de universiteit Gent.

De te analyseren videobanden blijven eigendom van het therapeutisch programma De Kiem en worden gedurende het analyseonderzoek steeds bewaard op de vakgroep orthopedagogiek te Gent. De beelden kunnen enkel bekeken worden door de 6 studenten die aan het onderzoek deelnemen en kunnen op geen enkel manier gekopieerd of verspreid worden.

Gelezen en goedgekeurd,

Student

Ilse Derluyn,
namens De Kiem

BIJLAGE 9: LIJST VAN OUDERCURSUSSEN

1. Algemeen

- Opvoedingsondersteunend groepswerk met kansarme gezinnen – een draaiboek.
  Consultatiebureau B.G.J.G. Antwerpen – Oost-Vlaanderen.

- Draaiboek Oudercursus
  Informatiemap Oudercursus
  De Meregaard – RIAGG Flevoland.

- Opvoeden: Zò!*[33]
  - Draaiboek oudercursus
  - Video's 'Grenzen stellen' en 'Prijzen en aandacht geven'

  Bakker I. en Janssen H. , Utrecht: NIZW., 1993

- Opvoeden: zo verder*! (vervolg op de cursus Opvoeden: Zò!)
  - Draaiboek bij de oudercursus
  - Video, folders en moedervellen, fotokaarten en etikettenvellen.

  Heijboer A., Utrecht: NIZW, 1997.

- "Opvoeden: Zo!"
  - Draaiboek KOPP-oudercursus
  - Huiswerkboek "Opvoeden: Zo!"

  Emergis (Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg) – Stafdienst Preventie en Zorgontwikkeling, 1996.

- Balans. Oog voor je kind.*

- Focus on Families
  Catalano, R.F., Gainey, R.R., Fleming, C.B., Haggerty, K.P. & Johnson, N.O. (1999). An experimental intervention with families of substance abusers: one-year follow-up of the focus on families project. *Addiction, 94*, 2, 241-254.

- Behavioural Family Intervention
  Dawe, S., Harnett P.H., Staiger, P. & Dadds, M.R. (2000). Parent training skills and methadone maintenance: clinical opportunities and challenges. *Addiction, 60*, 1-11.

- Videotape modelling parent training program
  Webster-Stratton, C. (1994). Advancing videotape parenting training: a comparison study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 583-593.
  Webster-Stratton, C., Kolpacof, M. & Hollinsworth, T. (1988). Self-administered videotape therapy for families with conduct-problem children: comparison with two cost effective treatments and a control group. *Journal for Consulting and Clinical Psychology, 56*, 558-566.

[33] De pakketten die aangeduid zijn met een sterretje (*) zijn overgenomen uit een brochure van het Steunpunt Opvoedingsondersteuning Hasselt en zijn ook daar te verkrijgen. Een aantal van deze pakketten is ook te verkrijgen bij de Stichting Opvoedingsondersteuning en Ontwikkelingsstimulering (O&O) van het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, Utrecht.

2. Baby en peuter

- Een gezond begin*
- Baby's*
- Creatieve peuters*
- Druktemakers*
- Een hechte band*
- Huilen en troosten*
- Hoe zou jij dat doen?*
- Opvoeden, hoe doe je dat nou?*

3. Kleuter

- Fantasie en sprookjes*
- Omgaan met elkaar*

4. Lager schoolkind

- Drukke kinderen*
- Het is de leeftijd*
- Het schoolkind*
- Kom maar op als je durft*
- Laat 't niet uit de hand lopen*
- Omgaan met elkaar*
- Ontwikkeling schoolkinderen*

5. Diverse thema's

- Huiswerk: De school is uit! Is de school uit? (deel 1 en 2)*
- Agressie: Agressie (schelden, schoppen, slaan)*; Ben je zo kwaad? (BGJB)
- Kinderangsten: Bang*
- Slapen: Slapen*
- Eten: Een hapje voor…*
- Pesten: Pesten*
- Zelfbeeld/ zelfvertrouwen: Dit ben ik*
- Spel: Spelen is ook leren*; Spel en speelgoed*; Spel, speelgoed en ontwikkeling*
- Straffen en belonen: Samen weet je meer*; Straffen en belonen*
- Taal: Taalontwikkeling*; Voorlezen, ja doen!*
- Zwangerschap en bevalling: Video 'Oogappeltje komt'*

Adressen

Stichting Samenspel Op Maat (cf. punt 10: Andere), Postbus 25065, 3001 HB Rotterdam

Opvoedingsondersteuning Stadsregio Rotterdam, Eendrachtsweg 48, 3012 LD Rotterdam

Bond van Grote en Jonge Gezinnen (BGJB) – Sociaal-cultureel werk

Steunpunt Opvoedingsondersteuning, Universiteitslaan 1, 3500 Hasselt

O & O – NIZW, Catharijnesingel 47, Postbus 19152, 3501 DD Utrecht.

Drugverslaafde ouders met jonge kinderen.
Draaiboek voor opvoedingsondersteuning in een residentiële setting.

Drugverslaafde ouders met jonge kinderen hebben heel diverse noden die binnen de hulpverlening niet steeds een gepast antwoord krijgen. Om tegemoet te komen aan hun behoeften dienen residentiële voorzieningen zowel organisatorische, structurele als inhoudelijke aanpassingen door te voeren. Ook voor de opvoeding hebben deze ouders nood aan een gepaste ondersteuning die inspeelt op hun noden en mogelijkheden.

In dit draaiboek komen verschillende noodzakelijke aanpassingen aan bod, waarbij bovendien uitgebreid wordt ingegaan op de uitwerking en implementatie van diverse methodieken van opvoedingsondersteuning binnen een residentiële ouder-kindvoorziening, met bijzondere aandacht voor de methodiek 'video-interactiebegeleiding'. Het boek wil dan ook een praktisch instrument zijn voor eenieder die een residentieel behandelprogramma voor drugverslaafde ouders met jonge kinderen wenst te verdiepen en bij te sturen om beter aan te sluiten bij de vragen, behoeften en mogelijkheden van deze doelgroep.

Dit draaiboek vormt de neerslag van een project van de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) waarbij een aantal methodieken van opvoedingsondersteuning werd uitgewerkt binnen een residentiële voorziening voor drugverslaafde moeders met jonge kinderen: 'De Tipi' van het therapeutisch programma voor druggebruikers en hun omgeving De Kiem (Oosterzele). Dit project liep in samenwerking met de Vakgroep Orthopedagogiek (Universiteit Gent) en het Centrum voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning Zonneheuvel (Zottegem).

De auteurs

Ilse Derluyn was als onderzoekster verbonden aan De Kiem, een therapeutisch programma voor druggebruikers en hun omgeving (Oosterzele) en werkt momenteel als onderzoekster aan de Vakgroep Orthopedagogiek van de Universiteit Gent.
Dirk Calle is als orthopedagoog en beleidsmedewerker verbonden aan De Kiem, een therapeutisch programma voor druggebruikers en hun omgeving en aan het residentiële ouder-kindprogramma De Tipi (Oosterzele).
Wouter Vanderplasschen werkt als assistent aan de Vakgroep Orthopedagogiek van de Universiteit Gent.
Eric Broekaert is universitair hoofddocent en voorzitter van de Vakgroep Orthopedagogiek van de Universiteit Gent.



Wettelijk depotnummer: D/2002/6030/10
V.U.: S. Ansoms, VAD, E. Tollenaerestraat 15, 1020 Brussel
Een uitgave van de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen